

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

FACTEURS INDIVIDUELS RELATIFS À L'AUTORÉGULATION ET AU
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL DES PSYCHOTHÉRAPEUTES DANS LEUR
EXPÉRIENCE DU GESTE SUICIDAIRE D'UN PATIENT

THÈSE
PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VINCENT BORDELEAU

JUILLET 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens du fond du cœur à remercier mon directeur (...superviseur, mentor et ami), Marc-Simon Drouin, pour son intelligence et sa sensibilité, pour les nombreux rôles qu'il a joués auprès de moi, et leur contribution inestimable à mon développement personnel et professionnel. Je ne serais aujourd'hui ni la même personne, ni le même psychothérapeute, n'eût été de son influence infiniment positive sur moi.

Je remercie également Monique Séguin et les collaborateurs du groupe McGill d'études sur le suicide, Sarah Jane, Alex et Sophie, pour leur participation à la réalisation du projet, et j'adresse des remerciements particuliers aux étudiants du « laboratoire » du Dr. Drouin, Geneviève et Giancarlo pour leur participation au volet qualitatif de la recherche (ça servira peut-être un jour!), et à Alexandre pour la chaleureuse complicité personnelle et professionnelle durant les années plus actives aux plans académique et scientifique.

Je souhaite témoigner ma reconnaissance à Jean Bégin, pour sa disponibilité et son accompagnement stimulant et bienveillant de mes démarches méthodologiques, et exprimer ma profonde gratitude à Jalène pour les relectures et les précieux commentaires, ainsi que pour l'intérêt, la confiance et les encouragements soutenus tout au long du processus.

Une pensée toute spéciale va à mes amis très chers, Dominique, Alexandre et François, pour leur soutien et leurs encouragements – harcèlement parfois –, pour démontrer la richesse et la profondeur des attachements que l'on peut encore développer à l'âge adulte, et pour incarner autant d'admirables exemples de l'épanouissement que l'on peut espérer par-delà la thèse et la scolarité. Merci aussi à Marianne, ainsi qu'à mes fidèles amies et camarades du CHUM Evelyne, Annie et Isabelle, pour ces mêmes raisons, et pour leur précieuse et affectueuse complicité indéfectible au fil des ans.

J'adresse un merci tout particulier à Pierre Benoît pour la confiance qu'il m'a témoignée, et pour sa contribution à mon développement professionnel en favorisant l'abondance de ma pratique privée plusieurs années durant. Je remercie également les collègues du CLSC de la Petite-Patrie, Mariko et Julie, Marie-Michèle et François, et Claude Théberge pour leurs encouragements soutenus dans le dernier droit. J'adresse aussi un affectueux merci aux collègues du CIG, pour leur intérêt chaleureux et bienveillant, pour les airs de famille substitut qu'ils ont su

revêtir par moments, et qui nourrissent énormément ma réflexion et mon développement personnel et professionnel. Merci à Jorge Vasco et Annette Richard pour l'importance qu'ils ont eue et qu'ils continuent d'avoir dans mon développement.

C'est avec une vive émotion que je pense à mes parents, Francine et Jean-Guy, dont l'amour, les soins et les encouragements m'ont permis de développer la sécurité, l'estime, la confiance et la persévérance pour entreprendre et mener à terme un tel projet. Je leur dois le développement d'un introject suffisamment bienveillant et d'un idéal du moi « pas trop grandiose », juste assez pour soutenir la poussée développementale qui m'entraîne vers l'avant. Leur regard bienveillant m'a accompagné tout au long du processus, tout au long de mon existence, je leur serai à jamais reconnaissant.

Finalement, un incommensurable merci à Amélie, monoureuse, ma complice, pour sa patience et son soutien inestimables, pour le dialogue, le recadrage, les relectures, une pléthore d'astuces informatiques, et surtout pour incarner la hâte d'aller retrouver tout ce qui m'attend de beau de l'autre côté de la thèse. Nous y voilà enfin, je n'y serais peut-être pas parvenu sans elle. Les mots sont faibles pour exprimer ma gratitude.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	viii
LISTE DES FIGURES	x
LISTE DES ANNEXES	xi
LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES	xii
RESUME	xiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
IMPACTS EMOTIONNELS ET PROFESSIONNELS DU GESTE SUICIDAIRE	
D'UN PATIENT : RESULTATS EMPIRIQUES	
1.1	Introduction
1.2	Impacts émotionnels du geste suicidaire d'un patient.....
1.2.1	Considérations taxonomiques
1.2.2	Réactions de stress et seuils cliniques.....
1.2.3	Investigations descriptives et qualitatives des impacts émotionnels
1.3	Impacts professionnels
1.4	Quelques réactions « pathologiques »
1.5	Ressources et stratégies adaptatives
1.6	Dimension longitudinale
1.6.1	Réactions de stress
1.6.2	Processus de deuil
1.7	Conclusion.....
CHAPITRE II	
FACTEURS MODULATEURS DU PROCESSUS D'ASSIMILATION DE	
L'EXPERIENCE DE PERTE D'UN PATIENT PAR SUICIDE	
2.1	Introduction
2.2	Facteurs contextuels

2.2.1	Circonstances	58
2.2.2	Contexte	62
2.2.3	Environnement social.....	65
2.3	Facteurs liés à la relation thérapeutique	66
2.3.1	Contributions du client.....	66
2.3.2	Attachement et lien affectif.....	67
2.3.3	Contributions du thérapeute.....	68
2.4	Facteurs liés au thérapeute	70
2.4.1	Caractéristiques sociodémographiques.....	70
2.4.2	Facteurs professionnels.....	73
2.4.3	La « personne » du thérapeute	87
2.5	Conclusion.....	96
CHAPITRE III		
CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR L'ASSIMILATION PAR LE		
THERAPEUTE DE L'EXPERIENCE DU GESTE SUICIDAIRE D'UN PATIENT		
3.1	Introduction	99
3.2	Adaptation au stress et au trauma.....	100
3.2.1	Théorie de la croissance « dans l'adversité » basée sur la valorisation organismique.....	100
3.2.2	Modèle fonctionnel descriptif de la croissance post-traumatique.....	104
3.3	Développement professionnel du psychothérapeute : la tradition de Skovholt et Ronnestad (1992).....	110
3.3.1	Thèmes et axes du développement professionnel des psychothérapeutes.....	113
3.3.2	Facteurs modulateurs du développement professionnel des psychothérapeutes.....	130
3.4	Synthèse et conclusion	137
3.5	Objectifs, questions et hypothèses de recherche	140

CHAPITRE IV	
MÉTHODOLOGIE	142
4.1 Participants	142
4.2 Procédure.....	143
4.3 Instruments de mesure.....	144
4.3.1 Questionnaire sociodémographique.....	144
4.3.2 Indice de détresse psychologique.....	144
4.3.3 Questionnaire sur les Réactions Personnelles et Professionnelles au Geste Suicidaire d'un Patient.....	145
4.3.4 Questionnaire sur le Développement Professionnel du Psychothérapeute	146
4.3.5 Questionnaire d'introject SASB/Intrex.....	147
4.3.6 Inventaire d'Alliance de Travail	151
4.4 Méthodologies d'analyse	153
CHAPITRE V	
RÉSULTATS.....	154
5.1 Description de l'échantillon	154
5.2 Analyses préliminaires et critères d'exclusion.....	157
5.3 Impacts professionnels aigus et à long terme du GSP : analyse descriptive.....	162
5.4 Impacts et interrelations des facteurs modulateurs	164
5.4.1 Style autorégulateur	165
5.4.2 Niveau de développement professionnel	169
5.4.3 Contexte : qualités de la relation thérapeutique et caractéristiques des participants.....	172
5.5 Liens entre niveau de développement professionnel et style autorégulateur	179
CHAPITRE VI	
DISCUSSION.....	182
6.1 Introduction	182

6.2	Impacts et assimilation par les cliniciens de l'expérience du geste suicidaire d'un patient	183
6.3	Synthèse	196
6.4	Implications, limites et recherches futures.....	203
6.4.1	Implications de l'étude.....	204
6.4.2	Contributions de l'étude.....	207
6.4.3	Limites de l'étude	208
6.4.4	Pistes de recherche futures.....	211
	CONCLUSION.....	213
	ANNEXE A LETTRE DE RECRUTEMENT (VERSION STAGIAIRES, JUIN 2007).....	217
	ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET APPROBATIONS DU COMITE D'ETHIQUE EN RECHERCHE.....	219
	ANNEXE C TABLEAUX DES THEMES ET DES FACTEURS MODULATEURS DU DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL D'APRES SKOVHOLT & RONNESTAD (1992), DANS LEUR LANGUE ORIGINALE ANGLAISE	224
	ANNEXE D MATRICE DES CORRELATIONS	227
	REFERENCES	229

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1: Comparaison des résultats moyens à l'Impact of Event Scale entre différentes études sur la PPS	11
Tableau 1.2: Comparaison des réactions émotionnelles des cliniciens entre différentes études sur la PPS	15
Tableau 1.3: Comparaison de différentes études quant aux impacts professionnels et personnels aigus (1-4 sem) de la PPS sur les cliniciens	21
Tableau 1.4: Comparaison de différentes études sur la PPS quant à l'évaluation par les cliniciens de l'utilité de leurs stratégies d'adaptation	29
Tableau 1.5: Comparaison entre différentes études sur la PPS quant à l'évolution temporelle des résultats moyens à l'Impact of Event Scale	40
Tableau 2.1: Facteurs modulateurs du processus d'assimilation par les cliniciens de l'expérience du geste suicidaire d'un patient	55
Tableau 3.1: Regroupement des 14 thèmes de Ronnestad et Skovholt (2003; par Goodyear <i>et al.</i> , 2003)	114
Tableau 3.2: Facteurs individuels modulant le développement professionnel	132
Tableau 5.1 : Caractéristiques des thérapeutes répondants	154
Tableau 5.2: Caractéristiques des patients et des relations thérapeutiques	156
Tableau 5.3 : Mesures descriptives des principales variables	159
Tableau 5.4 : Valeurs minimales et maximales des principales variables selon quatre niveaux d'étendue	160
Tableau 5.5 : Distribution des répondants selon quatre degrés de réponse aux principales variables	161
Tableau 5.6 : Moyennes des fréquences de réponse aux items du QRPPGSP selon les degrés d'intensité (en %)	162

Tableau 5.7 : Corrélations et principaux impacts statistiques de l'affiliation « au pire de soi » ..	165
Tableau 5.8 : Corrélations et principaux impacts statistiques de l'autonomie « au pire de soi » ..	168
Tableau 5.9 : Corrélations et impacts statistiques des dimensions du développement professionnel sur les deux temps de réactions au GSP	169
Tableau 5.10 : Liens statistiques entre certaines variables des thérapeutes et leur jugement rétrospectif sur la qualité de l'alliance thérapeutique	173
Tableau 5.11 : Corrélations et impacts statistiques des dimensions du développement professionnel sur les dimensions du style autorégulateur	179

LISTE DES FIGURES

Figure 3.1: Stades de développement du rapport à l'idéal du moi professionnel.....	128
Figure 4.1: Modèle SASB condensé par groupes, version française (d'après Benjamin, 1996) ..	149
Figure 5.1: Distribution des psychothérapeutes répondants selon le sexe et par tranches d'âge ..	156
Figure 5.2: Intensité et évolution temporelle des réactions au GSP selon la nature du geste	158
Figure 5.3: Intensité des réactions au GSP au moment du geste et aujourd'hui, en fonction du degré d'affiliation de l'introject « au pire de soi ».....	167
Figure 5.4: Intensité des réactions au GSP au moment du geste et aujourd'hui, en fonction du niveau de développement professionnel	171
Figure 5.5: Évaluation rétrospective de l'alliance de travail par les cliniciens en fonction du degré d'autonomie « au meilleur de soi ».....	174
Figure 5.6: Affiliation au meilleur et au pire de soi-même selon le stade de développement professionnel	180
Figure 5.7: Niveau de développement professionnel pour quatre degrés d'autonomie « au pire de soi »	181
Figure 6.1: Processus de développement professionnel des psychothérapeutes par métabolisation de l'expérience du geste suicidaire d'un patient	202

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE A	217
ANNEXE B	219
ANNEXE C	224
ANNEXE D	227

LISTE DES ABBREVIATION, SIGLES ET ACRONYMES

CPT	Croissance post-traumatique
GSP	Geste suicidaire d'un patient
IDPSQ	Inventaire de détresse psychologique de Santé Québec
IES	<i>Impact of event scale</i> , Échelle d'évaluation de l'impact d'un événement stressant
PPS	Perte d'un patient par suicide
QDPP	Questionnaire sur le développement professionnel du psychothérapeute
QRPPGSP	Questionnaire sur les réactions personnelles et professionnelles au geste suicidaire d'un patient
SASB	<i>Structural analysis of social behavior</i> , Analyse structurale du comportement social
VO	Valorisation organisationnelle
WAI	<i>Working alliance inventory</i> , Inventaire d'alliance de travail

RÉSUMÉ

Approchant l'expérience du geste suicidaire d'un patient (GSP) par les psychothérapeutes comme un incident professionnel critique susceptible de constituer une opportunité de croissance, cette recherche s'intéresse à l'implication d'une variable de personnalité (style autorégulatoire) et du niveau de développement professionnel dans les réactions des cliniciens au GSP, et dans l'assimilation qu'ils font de l'événement à plus long terme, qu'elle se solde par une croissance ou par une stagnation professionnelle. Elle vise notamment à vérifier empiriquement et de manière quantitative le constat récurrent selon lequel la personnalité constitue en définitive le principal déterminant de la métabolisation de l'expérience du GSP par les thérapeutes, et à mettre en lumière certains mécanismes impliqués dans ce processus, en particulier le deuil de la grandiosité thérapeutique comme avenue de croissance professionnelle. L'impact d'autres facteurs liés au contexte et à la personne du thérapeute est également investigué, de même que les liens entre le style autorégulatoire comme variable centrale de personnalité, avec le niveau de développement professionnel.

Quarante-six cliniciens francophones ayant vécu en carrière le geste suicidaire (17 tentatives, 29 suicides complétés) d'au moins un patient en cours de processus thérapeutique ont complété des questionnaires ciblant : les circonstances entourant le geste suicidaire de leur patient, diverses caractéristiques de leur pratique professionnelle, du client et de la relation thérapeutique les unissant, l'ampleur et l'intensité de leurs réactions au geste suicidaire de leur patient, leur appréciation des stratégies d'adaptation professionnelle auxquelles ils ont eu recours suite à l'événement, leur style autorégulatoire (Questionnaire d'introject SASB: Lorna Smith Benjamin, 1995/2006), leur niveau de développement professionnel, leur niveau de détresse actuel (IDPSQ: Kovess, 1985) ainsi que leur évaluation rétrospective de la qualité de la relation thérapeutique avec le client peu avant le geste suicidaire (Working Alliance Inventory – Short form, WAI-S: Tracey & Kokotovic, 1989, trad. par Bachelor & Salamé, 1991).

Les résultats révèlent que le facteur le plus intimement lié à l'intensité des réactions au GSP est le niveau de développement professionnel des thérapeutes, en particulier le degré de maturité des critères d'efficacité thérapeutique, ce qui confirme la nature « narcissique-professionnelle » de l'atteinte portée par la PPS chez le clinicien. En partie parce que leur notion de responsabilité professionnelle est susceptible d'être passablement grandiose ou démesurément ambitieuse, les thérapeutes présentant un niveau de développement professionnel plus faible tendent ainsi à réagir plus intensément au moment du GSP, et à en conserver des traces plus vives avec le passage du temps. Pour sa part, la personnalité du thérapeute intervient moins dans l'intensité de la réaction initiale (surtout fonction du niveau de maturité professionnelle), que dans la métabolisation qui est faite à plus long terme de l'événement. Le style autorégulatoire semble en effet intervenir dans le destin épistémique de l'expérience; les thérapeutes plus bienveillants envers eux-mêmes connaissent avec le temps un plus grand apaisement de leurs réactions à la PPS, signe qu'ils pourraient avoir été en mesure de métaboliser l'incident critique d'une manière peut-être plus constructive. Cela illustre un mode de participation du style autorégulatoire du psychothérapeute au développement professionnel.

Ces résultats nous permettent de proposer, en discussion, un modèle de la « croissance professionnelle post-adversité » appliqué au contexte de la PPS, et intégrant des éléments des théories de la croissance post-traumatique (CPT) et du modèle de développement professionnel des psychothérapeutes de Skovholt et Ronnestad (2003; 1992). Le modèle suggère une avenue explicative pour l'implication dynamique du niveau de développement professionnel et du style

autorégulatoire dans la métabolisation de l'expérience de PPS et ses impacts sur le développement professionnel en termes de stagnation ou de croissance.

Mots clé: suicide, client, psychothérapeute, autorégulation, développement professionnel.

INTRODUCTION

Dans le débat entourant les données probantes et les déterminants de l'efficacité de la psychothérapie, la « personne du thérapeute » émerge de façon récurrente depuis quelques années comme étant le facteur le plus influent dans l'efficacité psychothérapeutique (Aveline, 2005; Beutler *et al.*, 2004; Wampold, 2006). Un nombre sans cesse croissant de recherches se penche aussi depuis quelques décennies sur les facteurs liés au développement et au maintien de la compétence professionnelle chez les psychothérapeutes. Si l'on saisit aujourd'hui relativement bien l'intrication complexe du personnel et du professionnel dans le processus d'apprentissage et de développement des cliniciens et dans ce qui caractérise les thérapeutes dits « efficaces » (Cozolino, 2004; Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2004; Orlinsky & Rønnestad, 2005; Michael Helge Rønnestad & Skovholt, 2013), on ne peut en dire autant en ce qui a trait à la manière dont les thérapeutes réagissent aux épreuves voire aux échecs professionnels, et le processus par lequel ils parviennent à surmonter et même croître à partir des difficultés rencontrées en carrière (Kottler, 2002, 2012; Kottler & Blau, 1989; Kottler & Carlson, 2005, 2003a, 2003b; Norcross & Guy, 2007; Skovholt & Trotter-Mathison, 2011; Sussman, 1995). Parmi les stress et écueils susceptibles de survenir dans le parcours professionnel des psychothérapeutes, la perte d'un patient par suicide (PPS) constitue sans conteste l'élément le plus appréhendé par une vaste majorité de cliniciens (Pope & Tabachnick, 1993). Le phénomène comporte évidemment pour les thérapeutes des impacts émotionnels et professionnels importants, qui sont aujourd'hui assez bien documentés (p.ex. Grad, 2012; Kleespies & Ponce, 2009; Moody, 2010; Weiner, 2005b). Cependant, au-delà des impacts aigus généralement résorbés en un mois, la littérature demeure mince en ce qui concerne le destin à plus long terme d'une telle expérience et la manière dont elle peut s'inscrire dans la trajectoire de développement professionnel du clinicien (O'Keeffe, 2010). Les quelques recherches – majoritairement qualitatives – qui s'y sont intéressées font principalement ressortir l'influence de traits de personnalité du thérapeute comme principaux déterminants du processus d'assimilation de la PPS, et révèlent que la métabolisation de cette expérience s'articulerait autour du deuil d'une certaine grandiosité thérapeutique (p.ex. E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a, 1987b; Cotton, Drake, Whitaker, & Potter, 1983; Darden, 2008; Hamel-Bissell, 1981; Horn, 1995; James, 2004, 2005a, 2005b; Kleespies, Penk, & Forsyth, 1993; Knox, Burkard, Jackson, Schaack, & Hess, 2006; Moody, 2010; Silverthorn, 2005; Tillman, 2006; Ting, Sanders, Jacobson, & Power, 2006; Valente, 1994; Wells, 1991). Or, le deuil de la grandiosité thérapeutique étant fréquemment cité comme l'un des axes

du développement professionnel des psychothérapeutes (Arkowitz, 1990, 1995; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Kottler & Blau, 1989; Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Michael Helge Ronnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Ronnestad, 1992), la PPS apparaît comme une situation idéale pour tenter d'éclairer l'influence de certains facteurs de personnalité dans le processus par lequel les thérapeutes se développent à partir de la métabolisation d'une épreuve professionnelle. Bien que le thème de la croissance soit subtil mais récurrent dans la littérature sur la PPS, aucune recherche ne l'a articulé de façon rigoureuse dans le contexte du développement professionnel.

Ce document présente une recherche doctorale portant sur l'expérience par les psychothérapeutes du geste suicidaire d'un patient (GSP). Plus précisément, la recherche a pour objectif d'examiner l'implication d'une variable de personnalité (style autorégulatoire) et du niveau de développement professionnel dans les réactions des cliniciens au GSP, et dans l'assimilation qu'ils feront de l'événement à plus long terme, qu'elle se solde par une croissance ou par une stagnation professionnelle. Il s'agit en somme de vérifier empiriquement et de manière quantitative le constat récurrent selon lequel la personnalité constitue en définitive le principal déterminant de la métabolisation de l'expérience du GSP par les thérapeutes, et de mettre en lumière certains mécanismes impliqués dans ce processus, en particulier le deuil de la grandiosité thérapeutique comme avenue de croissance professionnelle. L'impact d'autres facteurs liés au contexte et à la personne du thérapeute sera également investigué, de même que les liens entre le style autorégulatoire comme variable centrale de personnalité, avec le niveau de développement professionnel.

Le chapitre premier passe en revue la littérature empirique portant sur les impacts émotionnels et professionnels du GSP chez les thérapeutes. S'intéressant d'abord à la phase aiguë, il compare les recherches ayant abordé l'expérience du GSP sous l'angle du stress clinique vécu par les thérapeutes, et les compare également de manière descriptive en ce qui concerne les réactions émotionnelles rapportées par les cliniciens, de manière à saisir l'essence de la blessure engendrée par l'événement chez ces derniers. Les impacts professionnels du GSP sont ensuite détaillés, et quelques cas de réactions problématiques des thérapeutes sont discutés. La présentation des ressources et stratégies adaptatives employées par les thérapeutes nous permet ensuite d'identifier les stratégies jugées les plus efficaces par les thérapeutes pour se remettre du stress professionnel du GSP, et d'en extraire certaines caractéristiques essentielles pour comprendre les enjeux centraux de la résolution de l'expérience. Finalement, nous analysons la

dimension longitudinale du phénomène, tantôt sous l'angle du stress, tantôt sous celui du deuil, faisant ressortir le thème de la croissance professionnelle et éclairant plus en profondeur les leviers de la métabolisation de l'expérience du GSP par les cliniciens.

Le second chapitre présente les principaux facteurs affectant l'intensité des réactions des cliniciens au GSP, et modulant le processus qu'ils traverseront à plus long terme pour métaboliser cette expérience. Il est proposé que les facteurs modulateurs émanent essentiellement de trois sources : du contexte, de la relation thérapeutique, et du thérapeute. Détaillant les principaux impacts et mécanismes d'action de ces facteurs investigués tantôt empiriquement, tantôt de manière plus théorico-clinique, ce chapitre fait éventuellement ressortir que la personne du thérapeute constitue en définitive le facteur sous-jacent à l'impact de tous les autres facteurs modulateurs, et réitère le caractère « narcissique professionnel » de la blessure potentiellement engendrée par le GSP.

Le troisième chapitre propose un cadre théorico-conceptuel inscrivant l'expérience du GSP en tant qu'opportunité de « croissance professionnelle post-adversité » (Calhoun & Tedeschi, 2006; Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne, Joseph, & Tudway, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi, Park, & Calhoun, 1998), suivant les axes du développement professionnel proposés par Skovholt et Ronnestad (2003; 1992). Il présente d'abord deux modèles théoriques de la « croissance post-traumatique » (CPT) afin d'éclairer les mécanismes par lesquels une expérience de crise personnelle peut s'avérer une opportunité de croissance. Par la suite, il présente les thèmes et axes du développement professionnel des psychothérapeutes d'après le modèle de Skovholt et Ronnestad (2003; 1992), afin d'étayer la nature essentiellement professionnelle de l'expérience du GSP et de la croissance qui peut en résulter. Le rapport à « l'idéal du moi professionnel » émerge comme axe central dans le développement professionnel, et les facteurs modulateurs de la croissance professionnelle s'avèrent hautement similaires à ceux de la CPT, ainsi qu'à ceux identifiés dans la littérature sur le GSP comme favorisant une métabolisation fructueuse de cette expérience. Ces considérations théoriques nous permettent finalement de formuler les objectifs, questions et hypothèses de recherche, dans un cadre réunissant les enjeux de la grandiosité thérapeutique, de la personne du thérapeute, et du développement professionnel.

Le chapitre de méthodologie présente les participants, la procédure, les instruments de mesure ainsi que les méthodes d'analyse des résultats. Il présente en outre l'instrument de mesure que nous avons construit afin d'opérationnaliser le modèle de développement professionnel de

Skovholt et Ronnestad (2003; 1992). Par la suite, le chapitre cinquième présente les résultats de l'étude en fonction des différentes questions de recherche, que le chapitre de discussion permet d'analyser pour formuler finalement une synthèse intégrant les paradigmes de la CPT et du développement professionnel dans l'éclairage du processus de métabolisation de l'expérience du GSP par les psychothérapeutes. Les implications, contributions et limites de la présente recherche seront également développées dans le chapitre de discussion.

Cette recherche est de nature quantitative, et investigue de manière hypothético-déductive l'impact de variables spécifiques sur l'intensité des réactions au GSP. Elle ne se veut donc pas une enquête qui viserait à brosser le portrait des thérapeutes ayant vécu la PPS, ou qui chercherait à identifier phénoménologiquement la nature de l'expérience de PPS. En outre, sa mesure de la métabolisation de l'expérience de PPS se fonde sur l'évaluation ponctuelle d'un délai suggéré aux répondants : les thérapeutes répondent une fois, en cherchant à se souvenir de leurs réactions au moment GSP, et en comparant avec l'état actuel de leurs sentiments sur la question. La recherche ne constitue donc pas en ce sens une véritable étude longitudinale, et la taille de son échantillon est relativement limitée, ce qui contingente quelque peu les conclusions que l'on pourra en tirer. Finalement, son approche du développement professionnel s'appuie sur un instrument qui en est à sa première utilisation, et qui évalue également de manière ponctuelle le niveau de développement professionnel des psychothérapeutes. Elle ne peut donc prétendre rendre compte de la complexité du développement professionnel dans son ensemble, ni prendre exhaustivement en considération les particularités idiosyncrasiques propres à l'histoire développementale de chacun des cliniciens sondés.

CHAPITRE I

IMPACTS EMOTIONNELS ET PROFESSIONNELS DU GESTE SUICIDAIRE D'UN PATIENT : RESULTATS EMPIRIQUES

1.1 Introduction

L'expérience éprouvante du suicide d'un patient pour les professionnels en santé mentale ne constitue guère un sujet nouveau ou récent dans la littérature scientifique. La très vaste majorité des articles ayant porté sur cette question depuis maintenant plus de quatre décennies font état d'un ensemble de réactions émotionnelles assez généralement répandues chez les cliniciens traversant cet événement. Les publications portant sur l'expérience du GSP classifient généralement en deux catégories les réactions rapportées par les cliniciens : personnelles d'une part, i.e. en termes d'impacts psychologiques et émotionnels au sens clinique (stress, dépression, etc.), puis professionnelles de l'autre, i.e. en termes d'impacts multidimensionnels plus spécifiques aux activités professionnelles (p. ex. Fang *et al.*, 2007; Gitlin, 2007; Thomyangkoon & Leenaars, 2008). Nous pensons, à l'instar d'auteurs contemporains (p.ex. Weiner, 2005a), que cette dichotomie peut tendre à simplifier le phénomène. Elle semble traduire une lecture selon laquelle des particularités professionnelles s'ajouteraient chez les cliniciens à ce qui pourrait être à la base une réaction relativement « ordinaire » d'endeuillement par suicide, analogue à ce que pourraient vivre d'autres proches de la personne décédée (Farberow, 2005). D'autres articles suggèrent plutôt que la PPS différerait qualitativement d'une autre forme de perte, ou même d'un deuil (Henry, Séguin, & Drouin, 2004), précisément parce que les assises de la relation sont de nature professionnelle, ce qui n'engagerait pas forcément le même type d'attachement ou d'investissement relationnel. Notre investigation de la littérature révèle certainement de nombreux points communs entre l'expérience du proche et celle du professionnel dans le contexte d'un endeuillement par suicide, mais que la manière dont s'exprime la personnalité du thérapeute

à travers son expérience du GSP est d'une complexité allant bien au-delà de la simple « superposition », et peut contribuer bien avant la survenue de l'incident à influencer la réaction qu'aura le professionnel et le processus d'assimilation qu'il traversera. Cette recension d'écrits aura pour objectif d'explorer les liens entre les sphères professionnelle et personnelle dans l'assimilation de l'expérience de perte d'un patient par suicide en particulier, et dans le développement professionnel de façon plus générale. Une première section recensera les impacts du GSP chez les thérapeutes aux plans personnel et professionnel, puis le processus d'assimilation de cette expérience. Une seconde section détaillera les facteurs modulant l'intensité des réactions au GSP et le processus de métabolisation de l'expérience. Enfin, le troisième chapitre fournira un cadre théorique à la présente recherche, en alliant les théories de la CPT à un modèle du développement professionnel des psychothérapeutes.

1.2 Impacts émotionnels du geste suicidaire d'un patient

1.2.1 Considérations taxonomiques

Les termes de deuil, de deuil pathologique, compliqué ou traumatique, de stress, et de stress aigu, sont autant de notions qui furent évoquées afin de désigner l'expérience et les réactions émotionnelles des thérapeutes confrontés à la PPS. Compte tenu de certaines de ses caractéristiques essentielles, i.e. l'interruption d'une relation suite à un décès d'une part, et des circonstances inhabituelles voire traumatiques (le suicide) d'autre part, il paraît en effet logique de situer conceptuellement la PPS, comme le « deuil traumatique » (Jacobs, Mazure, & Prigerson, 2000; Prigerson & Jacobs, 2001; Prigerson, Shear, Frank, & Beery, 1997; Prigerson *et al.*, 1999; Shear *et al.*, 2007; Stroebe & Schut, 2005), à l'intersection des champs du trauma et du deuil. C'est d'ailleurs essentiellement à partir de ces deux axes que se sont déployées les recherches portant sur les réactions des thérapeutes à la PPS, i.e. sous l'angle d'un syndrome de réponse de stress d'une part, et d'un deuil de l'autre. Il fut même suggéré que l'expérience de PPS rencontrait littéralement les critères du deuil compliqué (Darden, 2008).

À l'examen de la littérature, il semble pourtant que ce soient principalement les symptômes liés au stress, donc à une détresse d'origine traumatique, qui aient fait l'objet de vérifications quantitatives plus soutenues, alors que les éléments de deuil, davantage liés à une détresse de séparation, ont émergé de manière plus qualitative et continuent de figurer plus

informellement dans des questionnaires *ad hoc*. Les réponses de stress furent généralement dégagées à l'aide de l'Impact of Event Scale (Horowitz, Wilner, & Alvarez, 1979), et le deuil plutôt par induction empirique, du moins jusqu'à plus récemment, où l'on a notamment employé le Grief Experience Questionnaire (GEQ: Barrett & Scott, 1989) chez Henry *et al.* (2006; 2004). Cette dernière recherche révélait d'ailleurs que seule la réponse de stress, par comparaison avec celle du deuil, atteignait un seuil d'intensité jugé cliniquement significatif chez les thérapeutes ayant vécu la PPS. En effet, 44% des thérapeutes recensés y présentaient des symptômes de stress d'intensité aiguë, contre 2% dont les scores au GEQ atteignaient une intensité moyenne-élevée. Les auteurs concluaient en suggérant que l'expérience de PPS puisse possiblement être mieux comprise phénoménologiquement comme un stress plutôt que comme un deuil.

S'il nous est permis de l'invoquer à nouveau, l'analogie avec le deuil traumatique pourrait nous être utile afin de comprendre ces résultats pour le moins contrastés. En effet, si l'on envisage le deuil traumatique comme un syndrome découlant de la perte d'une relation survenant dans un contexte stressant ou traumatique (i.e. choquant, inattendu, etc.), on acceptera aisément l'idée qu'il puisse susciter au plan descriptif des symptômes mixtes du deuil et du stress post-traumatique. En vertu d'une telle causalité, on considère dans ce domaine que l'intensité de la réaction du sujet à une situation de deuil traumatique devrait être fonction de la relation au défunt d'une part, et de l'énormité de l'événement traumatique de l'autre (Stroebe & Schut, 2005). Les recherches dans le domaine du deuil soutiennent ainsi que ce sont la proximité et le type de relation qui en constituent les principaux déterminants (Mitchell, Kim, Prigerson, & Mortimer-Stephens, 2004; Rubin, 1999), alors que les recherches en matière de trauma insistent plutôt sur le facteur « événement » pour expliquer l'intensité des réactions. En particulier, « le processus de deuil après un suicide est considéré surtout comme étant atypique et subordonné au type de relation existant entre l'endeuillé et le défunt » (D'Amours & Kiely, 1985, p. 106). Dans le contexte qui nous intéresse ici, ces postulats suggéreraient que l'on s'attende à ce que la réaction d'un thérapeute soit de moindre intensité que celle, par exemple, d'un parent proche (facteur « relation au défunt »), mais qu'elle soit, en raison du suicide (facteur « événement »), néanmoins plus vive en termes de stress que s'il se fût agi d'un décès prévisible et attendu. En subordonnant le facteur « événement » au facteur « relation au défunt », on peut supposer que ce sont peut-être les particularités de la relation du thérapeute au patient, i.e. le lien professionnel et la responsabilité qu'il implique, qui expliqueraient le fait que le thérapeute semble vivre une détresse traumatique plutôt qu'une détresse de séparation, ainsi que le constataient Henry *et al.* (2006; 2004). La nature professionnelle du lien pourrait ainsi infléchir l'expérience émotionnelle

des thérapeutes en faveur du stress plutôt que du deuil, restreignant en leurs fondements les attachements susceptibles de faire l'objet d'une « séparation », donc d'un deuil potentiel.

L'objectif du présent texte n'étant pas de statuer quant à l'étiquette clinique ou diagnostique devant être apposée à l'expérience que font les thérapeutes de la PPS, nous nous contenterons ici de citer les principaux résultats de recherches, maintenant en suspens la tension entre les notions de stress et de deuil. Ajoutons de surcroît qu'il existe des chevauchements entre les deux notions, particulièrement en termes d'expérience émotionnelle. Simpson (1997) soulignait, par exemple, que la culpabilité, la honte et la quête persistante de sens font partie intégrante autant des expériences de stress non liées à un deuil, que des expériences de deuils non traumatiques. Cela est également vrai pour d'autres symptômes de stress, comme les souvenirs intrusifs, les troubles du sommeil et l'anxiété (Stroebe & Schut, 2005). C'est dire qu'en leurs formes « pures », stress et deuil partagent déjà nombre de similitudes, ce qui complique passablement la tâche de tenter de trancher en faveur de l'un ou l'autre dans une situation hybride comme la PPS. En somme, l'un n'empêche en rien l'autre, et une réponse de stress peut très bien se manifester dans le contexte d'un processus de deuil; elle traduira simplement une dimension de la phase aiguë, alors que le deuil pourrait plutôt référer au processus plus longitudinal d'assimilation de l'expérience en question. Ou encore, on pourrait dire que les chevauchements entre les notions seront plus patents à l'examen des réactions initiales des thérapeutes, mais que la différenciation claire s'effectuera avec le passage du temps, alors qu'émergeront de façon plus saillante les enjeux difficiles pour les thérapeutes éprouvés. Au-delà des symptômes manifestes et descriptifs (intrusion, anxiété, culpabilité, honte, quête de sens), il semble que ce seront véritablement l'objet et le sens prédominants des affects ou des cognitions qui détermineront la nature essentielle de l'expérience – « l'événement » dans le cas d'une réponse de stress, et la relation au défunt dans le cas d'un deuil. On l'a dit, l'endeuilement par suicide constitue une situation atypique et, s'il est vrai que les questionnaires normatifs sur le deuil contiennent des éléments de deuil traumatique susceptibles de rendre compte d'une portion du stress attribuable au suicide, il demeure probable que des dimensions essentielles du phénomène continuent d'échapper à nos moyens empiriques et soient en quelque sorte « condamnées » à des investigations *ad hoc*. Si, par ailleurs, ainsi qu'on le verra plus loin, le processus longitudinal d'assimilation de l'expérience de PPS semblera emprunter à la fois aux théories du deuil et de l'adaptation au trauma, il conviendra de garder à l'esprit le fait que ces similitudes pourraient précisément être attribuables : 1. à des caractéristiques émotionnelles communes entre deuil et stress; 2. au caractère atypique du suicide comme situation d'endeuilement; ou encore 3. à des

propriétés fondamentales inhérentes à tout processus épistémique de changement humain consécutif à une expérience douloureuse appelant assimilation puis réorganisation subséquente du self.

1.2.2 Réactions de stress et seuils cliniques

Au plan quantitatif, les réactions émotionnelles personnelles des thérapeutes à la PPS ont principalement été investiguées au moyen de l'Impact of Event Scale (IES: Horowitz *et al.*, 1979). Cet instrument évalue en 15 items la détresse subjective engendrée par l'expérience d'un événement spécifique stressant. L'IES constitue un indice de l'intensité de la réponse de stress du sujet, mesurée par le biais des deux sous-échelles d'intrusion (7 items) et d'évitement (8 items), reflétant ensemble les deux dimensions essentielles d'une réponse de stress, soit d'une part les phénomènes intrusifs (pensées, rêves, reviviscences, etc.), et d'autre part les réponses d'évitement comportemental ou cognitif (Horowitz, 2001).

Le tableau 1.1 présente les principales recherches ayant fait usage de l'IES pour évaluer l'intensité de la réaction de stress de cliniciens confrontés à la PPS. On constate d'emblée que les scores moyens à l'échelle globale varient environ de 14 à 33,4, et qu'un échantillon non-clinique (i.e. n'ayant pas eu recours à la psychothérapie) d'endeuillés (non par suicide) d'un proche (Zilberg, Weiss, & Horowitz, 1982) se situe approximativement au milieu de cette distribution. Il s'agit là du principal groupe de comparaison traditionnellement rapporté dans la littérature sur la PPS. Puisqu'il ne permet d'isoler le facteur « relation au défunt » (le facteur « événement » demeurant actif lorsqu'on compare un deuil par suicide à un deuil « ordinaire »), nous avons jugé bon d'inclure les résultats de deux groupes de parents endeuillés par suicide (Dyregrov & Dyregrov, 2005; Feigelman, Jordan, & Gorman, 2008) qui présentent, ainsi qu'on pouvait l'anticiper, les moyennes les plus élevées. Le lien de parenté comporte de toute évidence une influence certaine sur l'intensité de la réaction. En raison de nombreuses données manquantes, il nous est difficile de comparer les recherches entre elles quant aux pourcentages de sujets ayant rapporté un stress d'intensité cliniquement significative. Il est cependant permis de supposer, non sans prudence, que si les recherches aux résultats moyens les plus faibles rapportaient des pourcentages de l'ordre de 44% de cas de stress cliniquement significatif, les recherches aux résultats moyens les plus élevés risquent de présenter des pourcentages également plus élevés. En somme, les recherches suggèrent que, dans le contexte d'une évaluation rétrospective, c'est près

d'un thérapeute sur deux qui rapporte des signes de stress aigu (ou cliniquement significatif) dans les deux semaines suivant l'expérience de PPS. Le stress aigu s'exprime par une intensité modérée-élevée de symptômes d'intrusion (pensées, rêves, réminiscences, reviviscences, etc.) et d'évitement cognitif ou comportemental, à des niveaux d'intensité parfois comparables à ceux d'endeuillés (sans psychothérapie) ayant perdu un proche (mais non par suicide).

Le moment de rappel (deux semaines après l'événement, dans la majorité des recherches) est cependant essentiel à considérer dans l'interprétation du tableau 1.1. En effet, la totalité des recherches ayant demandé aux répondants de remplir l'IES deux fois afin de comparer l'intensité « au moment de l'événement » et « au moment de l'investigation », rapportent une diminution généralisée de l'intensité des réponses, de façon telle qu'une fraction infime – sinon nulle – des sujets demeure au-delà des seuils cliniques de stress après le passage du temps (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, & *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, & Kinney, 1988; Cryan, Kelly, & McCaffrey, 1995; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies, Smith, & Becker, 1990; McAdams & Foster, 2000). C'est donc dire qu'en dépit d'un stress initial d'une intensité certaine au moment où survient l'événement, la quasi-totalité des professionnels (peu importe la profession ou le niveau d'expérience) rapportent être parvenus à s'apaiser par la suite jusqu'à des seuils considérés comme non-cliniques, voire asymptomatiques (Horowitz, 1985). Nous élaborerons davantage plus loin la dimension longitudinale de la réaction des thérapeutes à la PPS.

Tableau 1.1: Comparaison des résultats moyens à l'Impact of Event Scale entre différentes études sur la PPS

Étude	N, Pop., (N Total), (Pays)	Év.	Délai (sem)	Intrusion		Évitement		IES global (Intr + Év)	
				M (ÉT)	% clin (cutoff)	M (ÉT)	% clin (cutoff)	M (ÉT)	% clin (cutoff)
(Dyregrov & Dyregrov, 2005)	- 128 parents endeuillés (Norvège)	Suic	75					36 (14)	52 (35)
(Feigelman <i>et al.</i> , 2008)	- 420 parents endeuillés (É-U)	Suic	252					33,5 (8,9)	
(Kleespies <i>et al.</i> , 1990)	- 9 Psychologues stagiaires (É-U)	PPS	2	20 (10,3)		13,4 (6,7)		33,4	
(Jacobson, Ting, Sanders, & Harrington, 2004)	- 230 Travailleurs sociaux (É-U)	PPS	1	17,76 (5,67)		14,65 (4,31)		32,41 (4,31)	(19)
(McAdams & Foster, 2000)	- 76 Psychothérapeutes professionnels - 21 stagiaires (Total: 97) (É-U)	PPS	1	16,3 (8,3)		13,9 (13,1)		30,2 (13,1)	(19)
(Kleespies <i>et al.</i> , 1993)	- 32 Psychologues stagiaires (É-U)	PPS	2	16,7 (7,5)		12,1 (7,6)		28,8 (12,1)	
(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988)	- 131 Psychiatres (É-U)	PPS	2	14,3 (9,1)	(13)	10,3 (9,3)	(13)	24,6	53% (19)
(Zilberg <i>et al.</i> , 1982)	- 37 endeuillés sans thérapie (É-U)	deuil	2	13,5 (9,1)	(13)	9,3 (9,6)	(13)	22,8	(19)
(Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, <i>et al.</i> , 1988)	- 81 Psychologues (É-U)	PPS	2	13,3 (9)	49% (13)	8,9 (6,6)	27% (13)	22,2	(19)
(Cryan <i>et al.</i> , 1995)	- 47 Psychiatres - 42 Psychiatres stagiaires (Total: 89) (Irlande)	PPS	2		36% (12)		17,5% (10)		
(Yousaf, Hawthorne, & Sedgwick, 2002)	- 23 Psychiatres stagiaires (Royaume-Uni)	PPS	2	11,9 (8,5)	33% (12)	9,7 (9,21)	29% (10)	21,6 (9,21)	52% (19)

(Total : 125) (QC, Canada)					
(Ruskin, Sakinofsky, Bagby, Dickens, & Sousa, 2004)	- 46 psychiatres - 74 résidents psychiatrie (Total: 120) (ON, Canada)	PPS	1	8 (6)	24% (12)
				6 (5)	23% (10)
					14 (5)
					(19)

Noté: Les points de césure (cutoff) déterminant les seuils de stress d'intensité clinique les plus couramment utilisés sont respectivement de 12 et 10 pour les échelles d'intrusion et d'évitement, et de 19 pour l'échelle d'IES considérée globalement (Horowitz & *et al.*, 1984; Zilberg *et al.*, 1982).

1.2.3 Investigations descriptives et qualitatives des impacts émotionnels

Au-delà des comparaisons normatives au moyen de l'IES, les recherches portant sur la PPS ont essentiellement employé des questionnaires *ad hoc* et des entrevues investiguant un mélange de réactions professionnelles émotionnelles, cognitives et comportementales. Les résultats sont généralement rapportés de façon descriptive en termes de fréquence d'occurrence, ou sont, dans le cas des items quantifiés, soumis à des analyses statistiques de leur relation avec l'IES ou avec les différentes variables indépendantes de la recherche. Nous ne retiendrons pour cette section que les éléments se rapportant strictement à l'expérience émotionnelle des thérapeutes dans le contexte de la PPS.

En termes d'expérience émotionnelle à court terme suite au décès, il appert que choc, culpabilité, tristesse/chagrin/douleur, honte, colère, isolement/solitude, incrédulité/stupéfaction, peur du jugement et des représailles (de la part de la famille du défunt, de l'environnement professionnel ou d'instances judiciaires), doute face aux compétences et perte d'estime de soi forment, dans des proportions et à des degrés d'intensité variables, la constellation des réactions initiales les plus fréquemment rapportées par la vaste majorité des cliniciens ayant perdu un patient par suicide (Alexander, Klein, Gray, Dewar, & Eagles, 2000; Alston & Robinson, 1992; E. J. Anderson, 1999; Chemtob, Bauer, Hamada, Pelowski, & Muraoka, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Coverdale, Roberts, & Louie, 2007; Darden, 2008; Dewar, Eagles, Klein, Gray, & Alexander, 2000; Fang *et al.*, 2007; Feldman, 1987; Gitlin, 1999, 2007; Goldstein & Buongiorno, 1984; Goodman, 1995; Gorkin, 1985; Grad, Zavasnik, & Groleger, 1997; Hamel-Bissell, 1981; Hammond, 1991; Harris, 2001; Hendin, Haas, Maltsberger, Szanto, & Rabinowicz, 2004; Hendin, Lipschitz, Maltsberger, Haas, & Wynecoop, 2000; Henry, 2006; Henry *et al.*, 2004; Howard, 2000; Kinsler, 1995; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Litman, 1965; Maltsberger, 1992; McAdams & Foster, 2000; Menninger, 1991; O'Reilly, Truant, & Donaldson, 1990; Pilkinton & Etkin, 2003; Rossouw, 2009; Rubovits, 1993; Ruskin *et al.*, 2004; Sacks, Kibel, Cohen, Keats, & *et al.*, 1987; Schnur & Levin, 1985; Tanney, 1995; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Trimble, Jackson, & Harvey, 2000; Wells, 1991; Wert, 1988; Yousaf *et al.*, 2002). Ces expériences affectives figurent autant dans les questionnaires *ad hoc* que comme thèmes émergeant des analyses qualitatives. La pondération de leur importance peut varier d'une étude à

une autre, aussi nous les rapportons dans un ordre se voulant le plus représentatif de ce que l'on retrouve généralement dans la littérature. Les différentes professions à vocation clinique (psychologue, psychiatre, infirmière, travailleur social, etc.) étudiées ne semblent guère différer quant à leurs réactions initiales au GSP. Certaines variables semblent néanmoins avoir une influence sur l'intensité (ou la pondération) de ces expériences émotionnelles chez les thérapeutes, mais il s'agit essentiellement des mêmes variables qui ont révélé un effet sur l'intensité de la réponse de stress : quelques variables sociodémographiques comme le sexe et l'âge du thérapeute; le type de manifestation suicidaire du patient (idéations, tentative, complétion); et des variables concernant l'expérience professionnelle du clinicien en général ou plus spécifiquement par rapport au travail avec des problématiques suicidaires. Nous élaborerons plus loin sur les facteurs modulateurs de la réponse des cliniciens au GSP.

Tableau 1.2: Comparaison des réactions émotionnelles des cliniciens entre différentes études sur la PPS

Étude	N, Pop., (N Total), (Pays)	Choc	Tristesse/ Chagrin	Échec	Culpabilité	Incompétence/ Perte d'estime et doute de soi	Incrédulité/ Stupéfaction/ Déni	Impuissance	Découragement	Auto- réprobation	Colère/ Trahison	Dépression	Honte	Peur du blâme	Soulagement
(Yousaf <i>et al.</i> , 2002) * % de réponses OUI	- 23 psychiatres stagiaires (Royaume-Uni)	83%	39%		70%	2,8 (1,38)	2,2 (1,31)				13% 1,8 (1,05)			30%	
(Kleespies <i>et al.</i> , 1993)	- 32 Psychologues stagiaires (É-U)	5,7 (1,1)	5,1 (1,6)	4,7 (1,6)	4,5 (1,6)	4,4 (1,6)	4,5 (2,0)	4,4 (1,7)	4,1 (1,6)	3,9 (1,6)	3,8 (1,8)	3,6 (1,7)	3,3 (1,9)	3,2 (1,5)	1,3 (0,8)
(Thomyangkoon & Leenaars, 2008)	- 94 psychiatres (Thaïlande)		61,8%		58,1%	24,4%	13,6%				21,2%		35%	49,3%	21,5%
* % Intensité Moy-Forte			3,7 (1,7)		3,6 (1,8)	2,2 (1,5)	1,7 (1,4)				2,1 (1,5)		2,8 (1,4)	3,1 (1,7)	2,0 (1,3)
(Henry <i>et al.</i> , 2004) * % de réponses OUI	- 71 psychologues - 56 infirmiers - 14 psychiatres (Total : 125) (QC, Canada)				78%	5%								5%	
(Hendin <i>et al.</i> , 2000) * % de réponses OUI	- 21 psychiatres - 4 psychologues - 1 travailleur social (Total : 26) (É-U)	50%	69,2%		61,5%	42,3%					53,8%		23,1%	50%	
(McAdams & Foster, 2000)	- 76 Psychothérapeutes professionnels - 21 stagiaires (Total: 97) (É-U)				3,4 (1,6)	3,0 (1,5)	2,8 (1,5)				3,7 (1,8)				
(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988)	- 131 Psychiatres (É-U)				3,1 (1,7)	2,9 (1,6)	2,4 (1,6)				3,4 (1,8)				
(Chemtob, Hamada, Bauer, Torrigos, <i>et al.</i> , 1988)	- 81 Psychologues (É-U)				3,0 (1,6)	2,7 (1,4)	2,4 (1,4)				3,2 (1,6)				

Note : Les moyennes et écart-types présentés sont rapportés sur une échelle de type Likert en 7 points, où 1 = « Absence » et 7 = « Intensité élevée ».

Le tableau 1.2 compare différentes études sur la PPS, relativement aux fréquences d'occurrence et à l'intensité moyenne des réponses pour ces principales réactions émotionnelles. À première vue, on peut y constater que choc, culpabilité et chagrin/tristesse/dépression sont en effet les réactions émotionnelles les plus courantes et les plus vives pour les cliniciens vivant la PPS. Il semble également que les cliniciens moins expérimentés rapportent à nouveau des réactions plus vives. Des différences catégorielles compliquent toutefois la comparaison entre les études. Par exemple, certaines études considèrent la dépression séparément (Kleespies *et al.*, 1993) alors que d'autre l'ont fusionnée avec tristesse/chagrin et désespoir (Thomyangkoon & Leenaars, 2008) ou n'en font simplement pas mention en tant qu'émotion à part entière (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Hendin *et al.*, 2000; McAdams & Foster, 2000; Yousaf *et al.*, 2002). Ailleurs encore, on parle indistinctement de choc et d'incrédulité/stupéfaction/déni (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Hendin *et al.*, 2000; Henry *et al.*, 2004; McAdams & Foster, 2000; Thomyangkoon & Leenaars, 2008) comme on le fait pour l'auto-réprobation et la culpabilité (Yousaf *et al.*, 2002), alors que d'autres distinguent différents types de peurs susceptibles d'envahir les thérapeutes (blâme familial ou professionnel, poursuites judiciaires, discrédit, censure) (Thomyangkoon & Leenaars, 2008). Mentionnons également la nature des fréquences rapportées (tantôt des réponses positives et tantôt des réponses d'intensité moyenne-élevée) qui doit être prise en compte dans toute tentative de comparaison. Certaines recherches quantitatives (McAdams & Foster, 2000; Yousaf *et al.*, 2002) ont en fait essentiellement employé un questionnaire adapté de, sinon identique à celui de Chemtob *et al.* (1988), lequel n'investiguait les réactions émotionnelles que dans une mesure très étroitement restreinte à la sphère professionnelle. Cette réplique, comme les points énumérés précédemment, nous permettent pour l'instant de conclure en réitérant l'utilité d'un examen qualitatif plus approfondi afin de comprendre l'expérience émotionnelle que font les thérapeutes de la PPS.

Au-delà de la stricte quantification, l'examen descriptif des réactions émotionnelles rapportées par les cliniciens voit ensuite émerger des notions davantage liées au deuil. En effet, plusieurs auteurs relèvent dans les résultats de recherche la présence de composantes émotionnelles rappelant les théories « classiques » du deuil (Kübler-Ross, 1970), notamment le déni, l'incrédulité, la stupéfaction, la tristesse, la culpabilité et la colère. Mais alors que les quatre premiers éléments revêtent une couleur relativement universelle dans le contexte de l'annonce

d'un suicide, la colère et la culpabilité tendent à prendre des formes plus particulières du fait du rapport professionnel entre le thérapeute et son patient. La colère peut s'exprimer, d'une part, par un sentiment de rejet et par une déception de ce que le patient ait en quelque sorte « trahi » le lien de confiance professionnelle qui les unissait. Mais elle peut, d'autre part, prendre une forme plus « empathique » au patient, en étant dirigée contre la société et les institutions, voire la famille du patient, qui n'ont pas été en mesure d'aider ce dernier ou qui ont pu avoir alimenté de près ou de loin sa souffrance (Ting *et al.*, 2006). Ces deux facettes de la colère peuvent refléter en partie le conflit vécu par de nombreux thérapeutes entre leur expérience et leur douleur personnelles d'une part, et leurs responsabilités professionnelles de l'autre (E. J. Anderson, 1999; Farberow, 2005; Horn, 1994; James, 2005b; Sanders, 1984; Valente, 1994). La colère, il est vrai, semble, dans le contexte d'une relation professionnelle, éminemment plus délicate à rapporter pour les cliniciens, en raison d'une certaine culpabilité et/ou honte professionnelle qui vient compliquer leur expérience de la PPS, au point d'en devenir très souvent la caractéristique la plus saillante. On ne s'étonnera guère, en effet, de ce qu'il puisse être malaisé pour un professionnel de se permettre d'éprouver de la colère envers un patient lorsqu'il se sent en partie responsable de son décès. Colère et culpabilité sont ainsi l'objet d'une tension importante chez le thérapeute, tension pouvant s'expliquer, d'un côté, par le fait que la seconde découle de la première. Autrement dit, la colère serait retournée contre le self du professionnel, sous forme de culpabilité ou de honte (Tillman, 2006). Mais d'un autre côté, la colère peut aussi être extériorisée par des projections qui s'incarneront dans les collègues ou dans la famille du défunt (Tillman, 2006), et ainsi être comprise comme étant elle-même une réaction à la culpabilité ou comme un déplacement de la charge affective initialement adressée au patient décédé. La culpabilité se manifeste ainsi souvent chez les professionnels sous forme de peur des représailles et de doutes face aux compétences. Ces craintes et questionnements émanent d'un important sentiment d'échec, d'une blessure à l'identité professionnelle, d'une contemplation obsédante de la possibilité d'avoir commis une erreur professionnelle fatale pour le client (James, 2005a). Il s'agit là, évidemment, de particularités propres à l'expérience des professionnels endeuillés, et qui la distinguent singulièrement de celle des proches endeuillés par suicide. Le critère de responsabilité constituera éventuellement pour plusieurs, ainsi qu'on le verra plus loin, la pierre angulaire autour de laquelle s'articulera le processus d'assimilation de l'expérience du GSP. La possibilité pour le thérapeute de restituer au client la responsabilité de son choix jouera un rôle-clé dans sa capacité à se développer professionnellement à partir de son assimilation de l'événement. Nous examinerons

plus loin différents facteurs susceptibles de moduler cette possibilité pour le thérapeute de réfléchir sur sa responsabilité professionnelle.

Nous avons vu comment l'essence professionnelle de la relation thérapeutique pouvait teinter l'expérience que font les cliniciens de la colère et de la culpabilité dans le contexte de la PPS, et que cela pouvait contribuer à expliquer en partie la prédominance des réactions de stress, de l'expérience émotionnelle de culpabilité et du sentiment d'échec. Certains éléments émotionnels de l'expérience de PPS toucheraient ainsi au deuil, mais d'une manière particulièrement circonscrite par les enjeux professionnels. D'un point de vue plus intrapsychique, soulignons à présent un constat relativement généralisé à l'effet que la PPS engendre pour principale blessure une atteinte narcissique chez les thérapeutes. Qu'il s'agisse d'études qualitatives, de récits ou d'efforts de synthèse théorique (E. J. Anderson, 1999; Brown, 1987a, 1987b; Darden, 2008; Farberow, 2005; Fox & Cooper, 1998; Gitlin, 1999, 2007; Goldstein & Buongiorno, 1984; Hamel-Bissell, 1981; Hendin *et al.*, 2000; James, 2004; Knox *et al.*, 2006; Litman, 1965; Menninger, 1991; Moody, 2010; Rubovits, 1993; Silverthorn, 2005; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Valente, 1994; Wells, 1991; Wert, 1988) comme d'études plus quantitatives (Alexander *et al.*, 2000; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Courtenay & Stephens, 2001; Cryan *et al.*, 1995; Dewar *et al.*, 2000; Goodman, 1995; Grad *et al.*, 1997; Henry, 2006; Henry *et al.*, 2004; Horn, 1995; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Lapp, 1986; McAdams & Foster, 2000; Munson, 2009; O'Reilly *et al.*, 1990; Pieters, De Gucht, Joos, & De Heyn, 2003; Pilkinton & Etkin, 2003; Ruskin *et al.*, 2004; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Trimble *et al.*, 2000; Yousaf *et al.*, 2002), la majorité s'accorde pour insister sur le fait que les thérapeutes vivent généralement une atteinte considérable à leur sentiment de compétence, une impression de faillir à répondre aux exigences d'un idéal professionnel qu'ils se sont forgé, et une leçon d'humilité, sinon un sentiment d'échec et d'inadéquation, pouvant parfois affecter la pratique professionnelle et durer jusqu'à plusieurs mois suivant l'événement. Il nous semble important d'insister sur ce point, sachant qu'il constituera plus loin un facteur susceptible de discriminer l'essence des réactions. Pour l'instant, gardons à l'esprit l'idée voulant que la blessure narcissique, par ses enracinements dans la responsabilité du thérapeute envers son patient décédé, touche directement aux facultés individuelles de régulation des expériences émotionnelles de culpabilité, de honte et de colère.

1.3 Impacts professionnels

En termes d'impacts concrets, 42% à 66% des thérapeutes rapportent avoir altéré significativement leur pratique professionnelle au moins à court terme, suite au décès par suicide d'un patient (Alexander *et al.*, 2000; Menninger, 1991). Les impacts professionnels recensés sont divers :

- hypervigilance face aux enjeux suicidaires dans le travail (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Sacks *et al.*, 1987; Tillman, 2006) ;
- perturbation du jugement clinique (Coverdale *et al.*, 2007; Dewar *et al.*, 2000) ;
- mesures de protection des clients et directivité rehaussées lors du traitement (Fang *et al.*, 2007; Tillman, 2006), par exemple surestimation du risque ou hospitalisation prématurée (McAdams & Foster, 2000; Pilkinton & Etkin, 2003; Sacks *et al.*, 1987), investigation excessive du risque suicidaire au détriment du traitement (E. J. Anderson, 1999; Sanders, 1984), demande de consultation ou d'expertise excessives en regard des patients qui ne présentent pas nécessairement un risque suicidaire (McAdams & Foster, 2000), notes au dossier plus exhaustives ou conservatrices (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Cryan *et al.*, 1995; Howard, 2000), sélection des clients, refus ou réticence à travailler avec des clients suicidaires (Goldstein & Buongiorno, 1984; Hendin *et al.*, 2000; Sanders, 1984; Schnur & Levin, 1985; Wert, 1988) ;
- inquiétudes par rapport à la fin du traitement (Menninger, 1991);
- absentéisme, épuisement professionnel, arrêt de travail, symptômes de stress post-traumatique à plus long terme (Chemtob *et al.*, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Cotton *et al.*, 1983; Goodman, 1995; Ruskin *et al.*, 2004; Yousaf *et al.*, 2002)
- réaménagement de la pratique professionnelle, demande de mutation de service, envisagement d'une cessation de pratique de la psychothérapie (Alexander *et al.*, 2000; Dewar *et al.*, 2000; Goodman, 1995)

Le tableau 1.3 compare différentes études mentionnées précédemment, quant à l'intensité et la fréquence des impacts professionnels et personnel aigus (1-4 sem) de la PPS sur les cliniciens. On l'a dit, plusieurs études ont essentiellement repris le questionnaire de Chemtob et collègues (1988), ce qui facilite la comparaison des résultats obtenus, alors que d'autres ne s'en sont qu'inspiré. Cela contribue à une variabilité dans les points investigués, et dans la formulation

des énoncés. La publication des résultats varie également dans sa forme d'une étude à l'autre, ce qui nous contraint à présenter ici un tableau rapportant une combinaison de moyennes et écarts-types, et de pourcentages de réponses tantôt positives, tantôt d'intensité moyenne-élevée, tantôt d'impact jugé majeur par les répondants. Ajoutons par ailleurs que le contenu des items est assez variable quant à l'angle emprunté pour aborder le phénomène. En effet, certains énoncés abordent des aspects relativement constructifs des impacts de la PPS, comme « l'acceptation accrue du phénomène du suicide dans la pratique professionnelle » ou « l'augmentation de la sensibilité clinique aux indices de risque suicidaire », alors que d'autres traitent d'impacts essentiellement apparentés aux réactions de stress, i.e. à l'intrusion et l'évitement, mais formulés spécifiquement en regard de la PPS. Ceci étant dit, l'exercice de comparaison nous semble néanmoins pertinent, en ce qu'il permet, d'emblée, d'illustrer le fait que les énoncés aux réponses moyennes les plus élevées semblent concerner des aspects relativement constructifs et sains de la pratique professionnelle dont il vient d'être question. C'est ainsi que les impacts aigus les plus significatifs suggèrent de toute évidence une vigilance professionnelle accrue se traduisant concrètement par une attention particulière à l'évaluation des signes de risque, et par un rehaussement des diverses mesures de protection professionnelle (aspects légaux, tenue de dossier conservatrice, consultation de pairs et de collègues). Vigilance accrue, certes, mais qui ne semble pas pour autant submerger dramatiquement les cliniciens, comme le suggère le fait que les items liés à l'intrusion, à l'évitement et aux débordements dans la sphère personnelle présentent les plus faibles niveaux d'intensité de réponse. Il n'est d'ailleurs pas rare que cette vigilance accrue soit interprétée par les chercheurs comme un impact positif (p.ex. E. J. Anderson, 1999; Brown, 1987b; Goodman, 1995; James, 2005a; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Ting *et al.*, 2006; Yousaf *et al.*, 2002). Au plan personnel, les cliniciens ne tendent pas à s'isoler socialement, et leurs relations interpersonnelles au travail et dans leur vie privée semblent être affectées de manière négligeable par l'événement. Leurs doutes face à leurs compétences professionnelles semblent en revanche moins bien contenus ou régulés – nous y reviendrons plus loin – mais semblent se généraliser assez peu à l'ensemble de leurs croyances par rapport à la psychothérapie et à leur choix vocationnel.

Tableau 1.3: Comparaison de différentes études quant aux impacts professionnels et personnels aigus (1-4 sem) de la PPS sur les cliniciens

Énoncé	(Cryan <i>et al.</i> , 1995) n = 89 psychiatres % d'impact jugé majeur	(Henry <i>et al.</i> , 2004) n = 125 cliniciens % OVI	(Kleespies <i>et al.</i> , 1990) n = 9 psychologues stagiaires	(Kleespies <i>et al.</i> , 1993) n = 33 psychologues stagiaires	(Thomyangkoon & Leenaars, 2008) n = 94 psychiatres	(McAdams & Foster, 2000) n = 97 thérapeutes	(Yousaf <i>et al.</i> , 2002) n = 23 psychiatres stagiaires	(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988) n = 131 psychiatres	(Chemtob, Hamada, Bauer, Tortore, <i>et al.</i> , 1988) n = 81 psychologues
Attention accrue aux indices de risque suicidaire	58%	95%	75%	4,4 (1,7)	5,2 (1,5)	5,1 (1,6)	4,7 (2,0)	4,4 (1,7)	4,5 (1,6)
Attention accrue aux aspects légaux	25%					4,5 (1,6)	3,7 (2,0)	3,5 (1,9)	3,5 (1,5)
Davantage de consultation de collègues						4,3 (1,9)	3,4 (1,9)	3,0 (1,8)	3,7 (1,7)
Davantage de consultation de pairs	25%					4,3 (1,9)	3,0 (1,7)	2,8 (1,7)	3,3 (1,7)
Tenue de dossiers plus conservatrice	31%	68%				4,0 (2,0)	3,6 (1,8)	3,3 (1,9)	3,5 (1,8)
Colère						3,7 (1,8)	1,8 (1,1)	3,4 (1,8)	3,2 (1,6)
Culpabilité						3,4 (1,6)	3,0 (1,5)	3,1 (1,7)	3,0 (1,6)
Préoccupation accrue pour questions liées à la mort						3,5 (1,7)	3,2 (1,9)	3,1 (1,8)	3,3 (1,7)
Perte d'estime de soi						3,0 (1,5)	2,8 (1,4)	2,9 (1,6)	2,7 (1,4)
Pensées intrusives liées au suicide du patient		82%		2,9 (1,7)		3,2 (1,7)	1,3 (0,7)	2,9 (1,6)	3,3 (1,6)
Intensification de l'activité onirique						3,0 (1,7)	1,0 (0,0)	2,6 (1,7)	2,2 (1,4)
Engourdissement émotionnel						2,8 (1,5)	2,2 (1,3)	2,4 (1,6)	2,4 (1,4)
Tendance accrue à hospitaliser les patients	15%	75%				3,1 (1,9)	3,6 (1,9)	2,6 (1,6)	2,6 (1,7)
Rêves liés au thème du suicide						2,0 (1,5)	1,2 (1,1)	1,5 (1,0)	1,6 (1,0)
Atteinte aux relations avec les amis						1,5 (1,1)	1,3 (0,6)	1,4 (0,9)	1,3 (0,7)
Atteinte aux relations avec les collègues						1,8 (1,4)	1,5 (1,1)	1,5 (1,1)	1,4 (0,9)
Retrait social						1,2 (0,5)	1,2 (0,8)	1,5 (1,1)	1,5 (0,9)
Sélection conservatrice des patients						1,8 (1,2)	2,3 (1,5)	2,2 (1,6)	2,2 (1,4)
Atteinte aux relations avec la famille		29%				1,7 (1,4)	1,1 (0,3)	1,8 (1,3)	1,8 (1,2)
Acceptation accrue du suicide dans la pratique			75%	4,5 (2,1)	4,8 (1,5)				
Anxiété accrue à l'évaluation de patients suicidaires		88%	4,5 (1,1)	3,7 (1,7)					
Préoccupations par rapport à la compétence		89%		2,9 (1,9)					
Impuissance accrue à l'évaluation de patients suicidaires				2,8 (1,4)					
Surévaluation du risque suicidaire				2,7 (1,8)					

Perte de foi en l'efficacité de la thérapie	71%	2,6 (1,8)
Sentiment persistant de culpabilité	78%	2,5 (1,7)
Perte de foi en son efficacité comme thérapeute		2,1 (1,6)
Adoption d'une attitude conservatrice avec autrui		1,6 (0,9)
Considérer changer de profession	22%	1,4 (0,9)
Croissance professionnelle ayant résulté de l'événement		4,9 (1,5)
Intérêt accru pour la problématique du suicide	73%	

Note : Sauf indication, les valeurs inscrites dans le tableau représentent des moyennes et écart-types, et sont rapportées sur une échelle de type Likert en 7 points, où 1 = « Absence » et 7 = « Intensité élevée ».

Au plan de l'évitement, le refus de traiter des patients suicidaires s'avère également assez faible. Une manifestation comportementale demeure cependant à souligner : la tendance accrue à hospitaliser les patients semble faire l'objet d'une certaine intensification chez les cliniciens dans les quelques semaines suivant la PPS. Cryan *et al.* (1995) y voyaient une source de coûts sociaux à surveiller, mais qui nous semble cependant difficile à évaluer précisément, considérant la nature rétrospective des devis de recherche, le délai de rappel, et la prévalence concrète des opportunités d'hospitalisation dans un délai de rappel si bref (1-4 semaines). Autrement dit, même pour un contexte sociétal où l'on cherche à désengorger hôpitaux et urgences, la menace concrètement représentée par cette tendance accrue à l'hospitalisation de patients nous semble assez mince, considérant la durée de tels impacts professionnels dans le temps. La menace elle-même n'est peut-être pas à négliger, mais l'inférence que l'on peut faire quant à son estimation demeure à tout le moins à considérer avec une prudence certaine. Par ailleurs, les impacts liés à l'intrusion semblent, quant à eux, faire l'objet d'une réponse d'intensité supérieure à celle des symptômes d'évitement, à l'instar de ce que l'on observait plus haut aux résultats à l'IES. Des pensées diverses liées au GSP ainsi que des préoccupations plus générales par rapport à la mort viennent ainsi tourmenter les thérapeutes de manière plus importante dans les quelques semaines suivant la PPS.

Au chapitre de la blessure narcissique professionnelle, soulignons également les thèmes du doute face aux compétences et de la perte d'estime de soi, qui, en dépit de réponses d'intensité relativement moyenne, ont néanmoins fait partie de l'expérience de 89% des cliniciens (Henry *et al.*, 2004). Toujours dans le contexte de la régulation des transactions avec un idéal professionnel de soi, ajoutons que ces éléments sont indissociables de l'expérience de culpabilité, laquelle fut rapportée par les cliniciens comme étant relativement vive. La primauté de cette constellation de réactions émotionnelles professionnelles nous semble supporter la thèse selon laquelle les réactions dites « personnelles », liées à l'attachement relationnel entre le thérapeute et le patient, seraient souvent en quelque sorte subordonnées aux implications professionnelles du lien, dans l'expérience que font les cliniciens de la PPS (Farberow, 2005; James, 2004; Valente, 1994). Autrement dit, les débordements dans la sphère personnelle seraient d'importance relative moindre que les impacts professionnels, parce que la blessure serait d'abord et avant tout professionnelle, et toucherait principalement les enjeux relatifs à la responsabilité, à la culpabilité et à une image idéale de soi comme professionnel compétent. Dans cet ordre d'idées, des recherches qualitatives suggèrent que l'expérience de honte procéderait d'une forme de

généralisation de la culpabilité, d'abord liée au cas unique du patient décédé, mais qui s'exprimerait éventuellement sous la forme d'un sentiment d'inadéquation et d'incompétence plus global, à chaque évocation confrontant ultérieurement le thérapeute aux thèmes du suicide, de la dangerosité, de l'évaluation et du traitement des patients à risque (James, 2004; Knox *et al.*, 2006; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006).

Mentionnons finalement l'importance relative des thèmes de croissance professionnelle et d'acceptation accrue de l'occurrence du suicide dans la pratique. Au-delà des affirmations quantifiées, comme chez les sujets de Thomyangkoon & Leenaars (2008), de la croissance professionnelle découlant de l'événement, de nombreuses études dégagent pour effets positifs une acceptation accrue de l'occurrence du suicide dans la pratique, et accordent une place significative au thème de la croissance professionnelle dans leur analyse du phénomène de PPS (E. J. Anderson, 1999; Brown, 1987b; Goodman, 1995; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kaufmann Didisheim, Camus, Gulfi, & Castelli Dransart, 2007; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Lapp, 1986; Munson, 2009; Ting *et al.*, 2006). L'acceptation, notion par ailleurs centrale dans bon nombre de théories du deuil (Maciejewski, Zhang, Block, & Prigerson, 2007; Prigerson & Maciejewski, 2008), fait évidemment son apparition plus tard dans le processus d'assimilation de l'expérience de PPS, i.e. postérieurement à la phase aiguë. Nous considérerons plus loin la dimension longitudinale du phénomène, mais soulignons tout de même déjà à ce stade l'idée voulant que l'un des impacts les plus importants de la PPS, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'une rationalisation défensive, semble relativement positif. Resterait à déterminer quelles sont les conditions optimales afin que puisse s'opérer cette acceptation, et les facteurs qui en modulent le déploiement dans le temps.

1.4 Quelques réactions « pathologiques »

Nous avons jusqu'à présent examiné les réactions plus ou moins communes à l'ensemble des thérapeutes vivant la PPS. On l'a vu, il arrive que de telles réactions puissent être considérées comme étant pathologiques, dans la mesure où leur intensité en termes de stress atteint des niveaux comparables à celle obtenue auprès de populations cliniques. Nous aborderons maintenant brièvement quelques cas de réactions dites pathologiques où la détresse liée à l'expérience de PPS se traduit en manifestations professionnelles comportementales potentiellement préjudiciable à la qualité du développement professionnel du clinicien et de son

assimilation de cette expérience. Ces réactions sont, peut-on raisonnablement avancer, le reflet d'une faillite des processus réflexifs chez les thérapeutes, et ce peu importe quelles en sont les causes profondes, que nous considérerons plus loin. Nous en énumérons ici trois cas de figure, suivant Maltzberger (1992).

Envisageant la PPS comme un processus de deuil, Maltzberger (1992) énonce trois formes de réactions pathologiques susceptibles d'interférer avec l'assimilation par les thérapeutes de cette expérience. Il décrit dans un premier cas, sous l'angle psychodynamique des relations d'objet, une réaction de type mélancolique comme étant le résultat d'un investissement ambivalent du client par le thérapeute. Elle s'exprimerait, suite au suicide du patient, par l'introjection d'une représentation du patient, par la mobilisation d'une colère intense, puis par la redirection de la colère sur l'objet introjecté au sein du self du professionnel. Au plan phénoménologique, la réaction de type mélancolique est éprouvée comme une vive expérience de culpabilité et d'auto-réprobation, ainsi que le notait Tillman (2006), dans ce qu'elle considérerait être une seconde phase de réaction des thérapeutes à la PPS. L'auteure remontait jusqu'à Freud (1915) et Klein (1940) pour comprendre les racines de cette mélancolie chez les thérapeutes, et expliquait, pour sa part, la prédominance des éléments de mélancolie non par un investissement ambivalent du patient par le thérapeute, mais par les enjeux narcissiques professionnels touchés par la PPS, lesquels peuvent perturber les transactions surmoïques chez certains cliniciens. Les points de vue de Maltzberger (1992) et Tillman (2006) nous semblent aisément conciliables, dans la mesure où les besoins narcissiques du thérapeute peuvent souvent constituer l'une des causes de son investissement ambivalent du patient et de la vivacité de son expérience de colère difficile à réguler. L'auto-réprobation et la peur des représailles constitueront ainsi deux expressions de la colère, deux manifestations défensives visant le maintien de la cohésion narcissique du clinicien. Maltzberger (1992) rappelle cependant que ce cas « pur » de mélancolie pleinement déployée demeure très rare chez les thérapeutes survivants, qui parviennent pour la plupart à contenir et à assimiler sainement et consciemment la culpabilité qu'ils peuvent éprouver.

Le second type de réaction susceptible de caractériser un thérapeute perdant un patient par suicide consiste en une quête de réparation. Il pourrait s'agir, selon l'auteur, d'une réaction empreinte de formation réactionnelle et d'annulation rétroactive par laquelle le caractère insoutenable ou inadmissible d'affects de colère à l'égard du patient pousserait le thérapeute à manifester une sollicitude excessive ou une attitude obséquieuse auprès des membres de la

famille survivants, ou auprès d'autres clients suicidaires. Ainsi qu'on le verra plus loin, les thérapeutes adoptent parfois des stratégies d'adaptation impliquant la famille du patient décédé. Il importe bien sûr de ne pas considérer a priori comme étant pathologique toute stratégie impliquant la famille du défunt. Dans plusieurs cas, elles s'avèrent plutôt aidantes pour les cliniciens. Maltzberger (1992) nous semble simplement inviter les cliniciens, superviseurs et autres intervenant impliqués dans le contexte d'une PPS, à faire preuve d'une certaine vigilance à l'égard des processus défensifs susceptibles d'animer la réaction des cliniciens. Quelconque verdict quant au caractère pathologique d'une réaction donnée devra résulter d'une analyse au cas par cas. De même, la possibilité que le thérapeute tende à devenir obséquieux ou excessivement flexible et accommodant (p. ex. prolonger les rencontres, diminuer les tarifs, sortir du cadre convenu en matière d'appels téléphoniques, etc.) auprès d'autres clients suicidaires devra être évaluée avec nuance, car elle peut aussi bien être considérée comme l'expression légitime d'une vigilance et d'une mobilisation accrues, autant que comme des agirs contre-transférentiels dommageables pour le déploiement d'autres processus thérapeutiques.

Le troisième type de réaction pathologique décrit par Maltzberger (1992) s'appuie sur la notion d'évitement. Il est fait état d'un processus par lequel le thérapeute fait usage des défenses narcissiques de déni, de déformation et de projection, essentiellement dans le but de se disculper ou de s'affranchir d'un sentiment de responsabilité pour le suicide du patient. Le blâme excessif d'un superviseur ou d'un autre membre du personnel soignant pour le suicide du patient constitue un exemple de ce type de réaction de protection narcissique. Alors que l'on voyait le thérapeute se blâmer dans la mélancolie, puis redoubler de zèle dans la réparation, la réaction d'évitement se caractérise donc par une prédominance de mécanismes d'autoprotection. Ces trois réactions, rappelons-le, sont envisagées d'un point de vue intrapsychique comme différents modes de régulation des transactions surmoïques (Tillman, 2006). Maltzberger (1992) les considère comme trois destins de la colère suscitée par l'atteinte narcissique du GSP, trois types de relations des thérapeutes avec eux-mêmes dans le contexte spécifique des bouleversements émotionnels soulevés par la PPS. Dans le cas de l'évitement, contrairement à la manière dont il était conceptualisé du point de vue de l'IES et des théories de réactions de stress, l'objet de l'évitement n'est donc plus ici l'événement traumatique en lui-même mais bien une menace intrapsychique, un objet interne à tendance réprobatrice ou du moins susceptible d'opérer les sanctions ou de régir le rapport du clinicien avec la culpabilité et les fautes.

Commentant les profils de réactions pathologiques détaillés par Maltzberger (1992), Kleespies (1993) insiste sur la rareté de tels cas purs, soulignant que la majorité des thérapeutes ayant perdu un patient par suicide connaissent un éventail de plusieurs réactions mixtes (tristesse, dépression, blâme de soi, culpabilité, honte, sentiment d'échec, incrédulité, etc.) plutôt qu'une réaction monolithique de mélancolie, de quête de réparation ou d'évitement. Nous voyons néanmoins dans la contribution de Maltzberger (1992) un effort de décrire, à la lumière de la théorie psychodynamique, les principales tendances qui animent les réactions des thérapeutes à la PPS. Aussi, s'il est certes probable que l'expérience des thérapeutes soit constituée d'un éventail de réactions inspirées de ces trois tendances, il nous semble important de demeurer attentif à celle qui s'avérera dominante, laquelle pourrait nous mettre sur la piste des principales défenses à l'œuvre chez le thérapeute *et* alimenter notre compréhension de la blessure vécue par ce dernier. Il s'agit, en somme, de considérer le thérapeute avec la même sensibilité dynamique que celle avec laquelle on s'intéresse habituellement aux clients. Nous emprunterons plus loin ce point de vue, soutenant l'importance de considérer la personnalité du thérapeute comme ultime arène où sera négociée son assimilation de l'expérience de PPS.

1.5 Ressources et stratégies adaptatives

Afin d'identifier les principaux leviers de guérison pour les thérapeutes endeuillés, plusieurs recherches sur la PPS ont également examiné les diverses ressources et stratégies d'adaptation auxquelles les thérapeutes avaient eu recours, et quel degré d'utilité ces derniers leur attribuaient dans leur processus d'assimilation de cet événement critique. Le tableau 1.4 compare quelques recherches entre elles quant aux stratégies employées et à l'évaluation de leur efficacité par les thérapeutes. L'interprétation du tableau rencontre évidemment des obstacles, semblables à ceux rencontrés dans tableaux comparatifs précédents. D'une part, l'objet et la formulation des énoncés sont plutôt variables. Certains thèmes sont tantôt regroupés ou séparés sans justifications apparentes (p. ex. famille, amis, proches, conjoint), alors que d'autres sont déclinés avec force détails passablement superflus (p. ex. lectures d'articles liés : au suicide, au deuil par suicide, à la PPS, à l'expérience de thérapeutes vivant la PPS; ou encore présentation du cas : sous forme de conférence, ou sous forme d'article). Ailleurs, on distingue le type d'action unissant le thérapeute à « l'objet-ressource » (p. ex. « soutien » versus « revue du cas » avec le superviseur), comme on peut autre part voir un même objet prendre plusieurs appellations différentes (p. ex. revue formelle de cas, autopsie psychologique, revue clinico-administrative,

enquête pour incident fatal). Outre les obstacles conceptuels, des écueils métrologiques limitent également le potentiel de notre effort de comparaison. En effet, les échelles employées afin de mesurer les réponses sont de nature variable, parfois en 4, 5 ou 7 points, comme elles sont parfois dichotomiques. Si la conversion des moyennes et écarts-types vers une échelle uniforme nous a été possible dans plusieurs cas, les échelles dichotomiques nous contraignent cependant à rapporter intacts les pourcentages de répondants ayant jugé positivement l'utilité de telle ou telle stratégie. Concluons finalement ces considérations introductives en soulignant ce qui nous semble être une des principales clés interprétatives du tableau 1.4, à savoir l'importance de considérer non seulement l'intensité des réponses moyennes, mais également le pourcentage de répondants pour un item donné, lequel constitue un indice de popularité de la stratégie et d'accessibilité de la ressource.

Tableau 1.4: Comparaison de différentes études sur la PPS quant à l'évaluation par les cliniciens de l'utilité de leurs stratégies d'adaptation

Énoncé	(Alexander <i>et al.</i> , 2000) n = 167 psychiatres	(Kleespies <i>et al.</i> , 1990) n = 8 psychologues stagiaires	(Henry <i>et al.</i> , 2004) n = 125 cliniciens	(Pilkinton & Etkin, 2003) n = 121 résidents en psychiatrie	(Kleespies <i>et al.</i> , 1993) n = 33 psychologues stagiaires	(Thomanyangkoon & Leenaars, 2008) n = 94 psychiatres	(Pieters <i>et al.</i> , 2003) n = 79 psychiatres stagiaires	(Dewar <i>et al.</i> , 2000) n = 48 psychiatres stagiaires	(Ruskin <i>et al.</i> , 2004) n = 120 psychiatres
Soutien ou discussion avec des collègues d'équipe professionnelle	5,0 (1,1) n = 86%							75% n = 95%	
Soutien de membres de la famille ou d'un proche	4,9 (1,1) n = 72%	3,0 (1,2) n = 63%	4,2 (1,7) n = 73%	3,9 (2,2) n = 72%	4,5 (1,3) n = 70%	4,2 (1,5) n = 80%	83% n = 80%	100% n = 82%	45%
Soutien de la part d'amis	4,7 (1,1) n = 42%			4,2 (1,9) n = 81%				100% n = 69%	
Assistance à une réunion professionnelle	4,7 (1,1) n = 72%		5,0 (1,6) n = 39%			3,9 (1,5) n = 60%	83% n = 72%	100% n = 72%	
Soutien des pairs	4,8 (1,3) n = 84%	3,8 (1,5) n = 88%	3,9 (1,8) n = 75%	4,1 (1,8) n = 86%	4,2 (1,5) n = 85%	4,5 (1,4) n = 91%	93% n = 72%		64%
Soutien d'organismes de protection professionnelle	4,6 (1,2) n = 15%								
Soutien d'autres professionnels sur le lieu de travail	4,5 (1,2) n = 52%	3,8 (2,3) n = 63%			3,1 (1,9) n = 82%				
Participation à une revue clinico-administrative du cas	4,1 (1,3) n = 50%	1,5 (0) n = 25%			2,4 (2,0) n = 30%				28%
Assistance à l'exposition ou aux funérailles du patient	4,1 (1,5) n = 14%	2,9 (2,0) n = 38%	4,5 (1,6) n = 12%	3,3 (2,5) n = 29%	4,0 (1,7) n = 18%	2,4 (1,7) n = 55%	85% n = 17%		
Soutien d'un membre du clergé	4,1 (1,5) n = 8%		3,9 (2,6) n = 12%	1,1 (1,9) n = 17%					
Discussion avec thérapeute personnel	2,8 (0,5) n = 5%	5,3 (1,1) n = 25%	4,7 (1,8) n = 22%	3,8 (2,4) n = 28%	4,4 (1,6) n = 36%			94% n = 92%	
Discussion avec d'autres patients	3,3 (1,2) n = 29%								

Discussion avec la famille du patient	3,5 (1,8) n = 75%	4,2 (2,0) n = 88%	4,0 (2,0) n = 41%	3,0 (2,3) n = 35%	4,0 (1,3) n = 24%	56% n = 54%	59%
Discussion avec des amis du patient	3,2 (1,7) n = 21%						
Procédures disciplinaires	2,3 (1,6) n = 7%					n = 5%	
Enquête pour événement fatal	2,2 (1,6) n = 19%					33% n = 23%	
Procédures légales	1,0 (1,5) n = 10%					n = 3%	
Soutien d'un superviseur	5,1 (1,3) n = 100%	4,7 (1,6) n = 40%	3,4 (2,3) n = 80%	4,2 (1,8) n = 97%	4,1 (1,6) n = 69%	52% n = 84%	66%
Revue du cas avec un superviseur	5,1 (1,2) 88%			3,7 (1,7) 82%			
Participation à une autopsie psychologique ou une revue formelle du cas	3,0 (0) n = 38%	4,8 (1,7) n = 31%	2,7 (2,4) n = 48%	4,3 (1,8) n = 33%	4,0 (1,5) n = 68%	64% n = 53%	100% n = 44%
Présentation du cas en conférence		4,1 (1,9) n = 17%			3,9 (1,5) n = 60%		
Soutien d'un mentor			3,8 (2,3) n = 66%				
Discussion avec autre clinicien-survivant		5,0 (1,3) n = 84%			3,6 (1,5) n = 68%		
Discussion avec un avocat					0,9 (1,3) n = 41%		
Lecture d'articles sur le thème général du suicide		4,1 (1,7) n = 68%					
Lecture d'articles sur le thème général du deuil par suicide		4,2 (1,7) n = 57%					
Lecture d'articles sur le thème du suicide d'un patient		4,5 (1,6) n = 46%					
Lecture d'articles portant sur l'expérience des cliniciens survivant à la PPS		4,4 (1,8) n = 40%			3,3 (1,4) n = 64%		
Prière pour le patient décédé					3,7 (1,5) n = 72%		
Aide apportée à autre professionnel vivant PPS		4,2 (1,9)					

	n = 37%
Présentation sur thème général du suicide dans une conférence ou un atelier	4,2 (1,6) n = 32%
Discussion avec collègue spécialisé en suicidologie	5,2 (1,6) n = 22%
Rédaction d'un article sur le thème du suicide	4,1 (2,1) n = 17%
Participation à un groupe de soutien pour cliniciens ayant vécu la PPS	4,0 (2,5) n = 9%
Rédaction d'un article sur le patient décédé	2,9 (2,5) n = 8%

Note : Les moyennes et écart-types présentés sont rapportés sur une échelle de type Likert en 7 points, où 0 = « Pas du tout aidant » et 6 = « Extrêmement aidant ».

La lecture du tableau 1.4 suggère, à l'instar de ce que révélaient généralement les commentaires formulés par les répondants lors de questions ouvertes (p.ex. Dewar *et al.*, 2000; Kleespies *et al.*, 1990; Pieters *et al.*, 2003), que les interactions sociales dans les sphères professionnelle et personnelle constituent les sources de soutien jugées les plus utiles par la majorité des cliniciens. C'est ainsi que les échanges avec les pairs et collègues d'une part, et avec les conjoints, proches et amis, de l'autre, présentent sensiblement les moyennes les plus fortes pour les pourcentages de répondants les plus élevés. Soulignons en outre le caractère fortement aidant attribué par les répondants de Henry *et al.* (2004) aux échanges avec un clinicien ayant déjà lui-même vécu la PPS. On peut certainement imaginer qu'il soit apaisant pour un clinicien de sentir que quelqu'un d'autre ayant vécu la même chose que lui se montre pleinement sensible et disponible pour lui. Ce point est intéressant, certes, mais demeure méthodologiquement peu viable, sachant qu'aucune autre recherche n'a jugé bon d'apporter cette nuance entre le fait que l'interlocuteur ait déjà ou non vécu la PPS. Par ailleurs, compte tenu de la prévalence du phénomène, les chances demeurent relativement bonnes pour que l'interlocuteur – superviseur, collègue ou autre – ait effectivement déjà vécu l'événement, pour peu qu'il soit senior, mais sans que cela ait pour autant été spécifié dans l'énoncé de recherche. De même, l'échange avec un collègue spécialisé en suicidologie fut jugé très aidant, en dépit de son occurrence marginale – forcément, de tels professionnels ne courent pas les rues. Toujours du point de vue de l'apaisement procuré par le soutien social, l'échange avec un thérapeute personnel a semblé plutôt apprécié, bien que son recours fût moins fréquent. Ce résultat traduit possiblement le fait que l'intensité « clinique » de la réaction des thérapeutes soit demeurée plutôt modérée, et qu'elle ne leur ait généralement pas semblé nécessiter le recours à des services « professionnels ». Mais cela peut également constituer un indice révélateur d'une certaine réticence « classique » des cliniciens à demander de l'aide (Alexander *et al.*, 2000). Dans une direction peut-être semblable, ajoutons que le recours aux services d'un programme d'aide aux employés fut la stratégie la plus impopulaire des répondants de Pilkinton & Etkin (2003), qui affirmaient à 33% qu'il ne l'utiliseraient pas même si cela leur était accessible.

Viennent ensuite les discussions avec un superviseur, qui paraissent faire l'objet d'une satisfaction légèrement plus mitigée de la part des cliniciens, en plus, bien sûr, d'une occurrence moindre. Si tous les stagiaires et résidents sont en principe sous supervision, on ne peut évidemment présumer que ce soit le cas de tous les cliniciens professionnels. Le recours à la supervision est ainsi forcément moins fréquent qu'à des ressources comme la famille ou les

proches, spontanément plus accessibles pour quiconque. En ce qui concerne son utilité jugée légèrement plus faible par les cliniciens, peut-être y'a-t-il lieu de rappeler le thème de la blessure narcissique engendrée par la PPS chez le thérapeute. Devant l'expérience du sentiment d'échec, de la culpabilité et de la honte aggravée par la le sentiment de responsabilité professionnelle, on se souviendra de l'émergence de la peur du jugement et des représailles qui sont susceptibles d'assaillir le thérapeute suite à la PPS. Dans ce contexte, il n'est guère surprenant que le superviseur puisse être investi d'une manière quelque peu ambivalente, par laquelle il incarnerait à la fois le jugement et l'évaluation des compétences (ou incompétences) professionnelles (Feldman, 1987; Sacks *et al.*, 1987) d'une part, comme la réassurance, l'encadrement et l'apaisement de l'autre (Brown, 1987a, 1987b). Dans le contexte cette mobilisation des défenses narcissiques chez le clinicien, le superviseur pourrait en venir à faire l'objet d'une certaine méfiance et être perçu comme une figure « conditionnellement » bonne (i.e. sous condition que le supervisé « performe » bien), ce qui se refléterait dans les résultats observés au tableau 1.4. Naturellement, les cliniciens narcissiquement plus fragiles sont a priori les plus susceptibles d'opérer ce genre d'évitement, et donc de chercher à contourner l'exposition de leur vulnérabilité dans l'espace relationnel de supervision. Les stagiaires et novices étant le plus souvent ceux qui sont supervisés, nous verrons plus loin comment certaines particularités de leur situation développementale d'apprentissage peuvent exacerber la fragilité narcissique, et potentiellement accentuer l'ambivalence à l'égard du superviseur.

Les discussions de cas en équipe, investigations clinico-administratives, autopsies psychologiques et autres revues formelles de cas procèdent selon nous de mécanismes dynamiques semblables. Elles pourraient ainsi présenter pour le stagiaire la même dualité de censure/validation, d'où, peut-être, leur popularité semblable à celle de la supervision. L'appréhension du blâme explique aussi possiblement pourquoi les recherches ayant sondé exclusivement des stagiaires semblent avoir obtenu des jugements d'utilité plus faibles que les autres pour ce genre de stratégie d'adaptation. Les cliniciens plus facilement en proie à la culpabilité, au discours auto-réprobateur et au doute face à leurs compétences tendront évidemment à retirer moins de bénéfices que d'autres d'une activité soumettant leurs actions à une évaluation critique (Conard & Matthews, 2008; Grosch & Olsen, 1994; Lambie, 2007; Mikolajczak, Menil, & Luminet, 2007; O'Connor, 2001; Sprang, Clark, & Whitt-Woosley, 2007). Toujours dans cette optique, nous avons mentionné plus haut la propension des projections auto-réprobatrices des cliniciens à s'attacher à la famille et aux proches du patient décédé. Force

semble également de conclure que la peur des représailles et des poursuites judiciaires limite également l'appréciation des stagiaires pour l'assistance aux funérailles du patient, ou pour la discussion avec les amis ou les membres de la famille de ce dernier. Pour des échantillons plus mixtes, i.e. comportant également des professionnels accomplis, de telles stratégies d'adaptation semblent cependant plus aidantes. Le contact avec les proches du patient peut en effet parfois constituer une expérience réparatrice et fournir au thérapeute une opportunité de résolution d'une partie de son expérience traumatique, en le confrontant à la réalité de réactions beaucoup plus bienveillante de la part des proches, que ce que ses projections l'amenaient à anticiper (James, 2004; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006). Ce n'est néanmoins guère plus de la moitié des thérapeutes qui prendra contact avec la famille du patient, et une portion encore moindre assistera aux funérailles.

Dans le contexte de la menace des poursuites judiciaires et des représailles, on ne sera guère surpris de constater que les thérapeutes ayant fait l'objet de procédures disciplinaires ou judiciaires, bien que peu nombreux, n'ont guère semblé trouver l'expérience reconfortante ou apaisante. De même, ceux-ci n'ayant probablement eu lieu que dans les cas où survenaient effectivement les procédures judiciaires, les échanges avec des avocats semblent n'avoir suscité que peu de satisfaction chez les cliniciens. Les représentants légaux n'étant pas spécifiquement formés pour adopter une attitude empathique, on peut en effet douter que leur bureau soit le lieu idéal pour s'épancher ou pour réfléchir sur sa détresse et son identité et professionnelle.

Finalement, les stratégies d'adaptation plus solitaires (i.e. moins dépendantes du soutien social) et probablement de plus longue haleine, comme la lecture et la rédaction d'articles ou la présentation de conférences sur le cas lui-même ou sur le thème plus général du suicide, semblent avoir fait l'objet d'une certaine satisfaction chez les professionnels, du moins chez ceux sondés par Henry *et al.* (2004). Les auteurs élaborent peu sur l'utilité de telles stratégies, mais nous sommes d'avis qu'elles la doivent au fait qu'elles favorisent chez les thérapeutes une réflexion plus approfondie sur l'articulation de l'événement dans le contexte du développement de leur identité et de leur pratique professionnelles. Cette faculté constitue le principal critère identifié par plusieurs auteurs à ce qu'une croissance professionnelle résulte de l'expérience de PPS (Brown, 1987b; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kleespies, 1993; Misch, 2003; Moody, 2010), et baigne le processus dialectique par lequel le thérapeute assimile une nouvelle représentation au sein de son self professionnel (Rossouw, 2009). Le recours à ces stratégies

demeure pourtant marginal, et n'intervient probablement pas tellement dans les phases aiguës de la détresse, autant que dans les étapes plus tardives de l'assimilation de cette expérience. De même, les groupes de soutien pour thérapeutes ayant vécu la PPS semblent avoir été relativement appréciés mais, possiblement en raison de leur extrême rareté en contexte québécois, sont demeurés fort peu fréquentés. Une autre explication pourrait cependant résider dans le fait que de tels groupes ne représentent pas forcément ce vers quoi les cliniciens seraient d'emblée portés à se tourner, immédiatement après la survenue de l'événement. De fait, les recommandations adressées par les répondants de Henry *et al.* (2004) à l'endroit de cliniciens éventuellement touchés par la PPS visaient à 83% l'idée d'obtenir du soutien et de briser l'isolement, mais pas spécifiquement auprès de pairs connaissant les mêmes difficultés, ou même dans un cadre formalisé comme celui d'un groupe de soutien. Pour un décès survenu il y a en moyenne 5 ans, 51% de ce même échantillon de cliniciens avaient manifesté leur intérêt à participer à un groupe de soutien composé d'intervenants en santé mentale ayant vécu la PPS. C'est dire que l'intérêt demeure relativement élevé, mais peut-être pour des cliniciens ayant préalablement négocié avec succès une première étape d'assimilation de l'événement. Compte tenu de la popularité quasi-unanime du soutien des pairs, proches et superviseurs à travers les différentes recherches, peut-être peut-on penser que l'utilité du soutien social est prépondérante voire suffisante durant la phase aiguë, et que c'est également pour ses vertus réflexives plutôt que contenantes (en référence à une certaine urgence) que le groupe de soutien pourrait présenter un quelconque intérêt. Ce « second temps » de l'assimilation de la PPS, plus réflexif et introspectif, sera abordé plus loin. Il est certes incontournable et essentiel, ainsi que d'autres l'ont souligné, mais son succès nous paraît en quelque sorte conditionnel à ce que la première phase, plus aiguë, ait été négociée constructivement. Autrement dit, sans doute peut-on penser que le thérapeute devrait pouvoir parvenir à se maintenir dans une trajectoire de croissance professionnelle, pourvu que certaines de ses (pré)dispositions personnelles ainsi que le contexte n'y fassent pas obstacle (Henry, Séguin, & Drouin, 2003; Little, 1992).

Nombreux sont donc les articles recensant les impacts à plus ou moins court terme (l'échelle temporelle des impacts évalués se situe généralement entre une et quatre semaines) du GSP sur la pratique professionnelle du clinicien, et la majorité des thérapeutes interrogés rapportent des impacts professionnels complexes qui, en dépit d'une réponse émotionnelle initiale d'intensité souvent non-clinique, pourront durer jusqu'à plusieurs années après l'événement (Darden, 2008; James, 2004; Kleespies *et al.*, 1993; McAdams & Foster, 2000; Rossouw, 2009;

Rubovits, 1993). Ces effets durables permettent d'entrevoir certains coûts sociaux engendrés par l'événement en matière de qualité de services cliniques offerts (Ballard *et al.*, 2008; Pridmore, Ahmadi, & Evenhuis, 2006). Une majorité de chercheurs et d'auteurs s'appuient aussi sur des tels résultats pour insister sur la nécessité d'intervenir tôt dans la formation des thérapeutes en bonifiant, d'une part, les programmes de formation en ce qui a trait au contenu sur le travail avec les problématiques suicidaires (évaluation, prévention, gestion de crise, prévalence du suicide) et aux implications de la perte de patients par suicide (émotionnelles, professionnelles, légales, etc.), et d'autre part, en formalisant des procédures de « post-vention » mettant à l'avant-plan un ajustement individualisé empathique à l'expérience du clinicien (Grad, 1996; Grad & Michel, 2005), depuis l'annonce de la nouvelle jusqu'à son traitement clinico-administratif par l'établissement, en passant bien sûr par une supervision attentive et bienveillante, particulièrement dans les premières semaines suivant l'événement (Balon, 2007; Brown, 1987b; Coverdale *et al.*, 2007; Fang *et al.*, 2007; Farberow, 2005; Gitlin, 1999, 2007; Hamaoka *et al.*, 2007; Hendin, Haas, Maltsberger, Koestner, & Szanto, 2006; Hendin *et al.*, 2004; Horn, 1994; Kapoor, 2008; Kleespies, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Pieters *et al.*, 2003; Rycroft, 2005; Schultz, 2005; Schwartz, Kaslow, & McDonald, 2007; Spiegelman & Werth, 2005).

De telles recommandations sont certes louables, mais nombreux demeurent pourtant les professionnels qui ne disposent pas de supervision ou qui ne travaillent pas en établissement de santé. Le contexte de la pratique privée fait peut-être moins fréquemment l'objet de décès de patients suicidaires mais offre également souvent moins de ressources aux professionnels et de soutien social immédiat pour encaisser et assimiler la nouvelle. En 2000, l'isolement constituait une source de mécontentement rapportée par 33,4% des 311 psychologues sondés dans la grande région de Montréal (Bourassa, Chênevert, Gagnon, & Trahan, 2000) et continue de faire partie des écueils reconnus comme étant inhérents à la profession (Roy, 2005; Sussman, 1995), a fortiori en pratique privée (Association des Psychologues du Québec, 2006; Beaulieu, 2001). Aussi c'est pourquoi, dans le contexte de la PPS, d'autres auteurs soulignent l'importance pour chaque clinicien en pratique privée de réfléchir, en guise de prévention, à une procédure de post-vention, et à consolider son réseau de soutien personnel et professionnel afin de contrer l'isolement qui menace le plus particulièrement du fait de son contexte de pratique (Fox & Cooper, 1998; Moody, 2010; Ting *et al.*, 2006).

Ceci étant dit, les caractéristiques de la pratique privée ne sont peut-être pas forcément garantes d'un plus grand isolement, sachant par exemple que 39% des cliniciens en pratique privée sondés récemment participent à une forme de supervision en groupe de pairs (Clarke, 2007). Alors qu'on attribue parfois aux cliniciens en privé des taux supérieurs d'épuisement émotionnel et de surimplication dans le « matériel-client » (Rupert & Morgan, 2005), la recherche de Clarke (2007) révélait de surcroît que les thérapeutes œuvrant au privé présentent des taux comparables voire inférieurs à la moyenne des professionnels de la relation d'aide, en ce qui a trait au surmenage (burnout) et à la fatigue de compassion. Aussi, s'il est vrai que l'isolement fut associé au burnout chez les psychothérapeutes (Farber & Heifetz, 1982), force est d'envisager que d'autres facteurs contribuent probablement à protéger les cliniciens en pratique privée contre le surmenage. À ce sujet, citons notamment : le sentiment de contrôle sur l'horaire et sur la charge de travail, la satisfaction face aux progrès des clients, les stratégies autorégulatoires ou d'adaptation, et, par-dessus tout, la personnalité (Cooper, 1986; Garrosa, Moreno-Jimenez, Liang, & Gonzalez, 2008; Grosch & Olsen, 1994; Holmqvist & Jeanneau, 2006; Jeanneau & Armelius, 2000; Kinnetz, 1988; Lambie, 2007; McCann & Pearlman, 1990b; Medeiros & Prochaska, 1988; Mikolajczak *et al.*, 2007; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Skovholt, Grier, & Hanson, 2001; Sussman, 2007). Et quoi qu'il en soit, le travail clinique, peu importe le contexte, demeure chose éminemment solitaire, et les contacts avec les collègues, même en milieu institutionnel, ne sont pas forcément fréquents ou même centrés sur le travail clinique.

En outre, s'il nous est permis de rappeler la question de l'atteinte narcissique de la PPS chez le clinicien, peut-être peut-on penser que l'isolement relatif de la pratique privée serait également source d'une certaine protection, dans la mesure où le clinicien est isolé du soutien en même temps qu'il l'est du blâme et du jugement potentiels. Peut-être y'aurait-il ainsi une forme « d'équilibrage » des facteurs délétères, expliquant potentiellement les réactions d'intensité comparables entre les contextes de pratique. En effet, il n'a pas été démontré que les thérapeutes en pratique privée réagissaient plus intensément à la PPS. Certes, le thème de l'isolement est parfois rapporté comme étant plus saillant chez les cliniciens en pratique privée (Horn, 1995), mais demeure, de façon générale, partagé par l'ensemble des cliniciens vivant la PPS, peu importe leur contexte de pratique (Moody, 2010; Ting *et al.*, 2006). On l'a vu, l'événement de la PPS peut tendre à mobiliser chez les cliniciens des mécanismes projectifs où les collègues peuvent servir de réceptacles à des projections hostiles, ce qui exacerbe le sentiment d'isolement. Ce serait donc l'événement lui-même – surtout la manière dont il s'exprime

phénoménologiquement chez les thérapeute – plus que le contexte professionnel dans lequel il survient, qui serait à l'origine du sentiment d'isolement, Théoriquement parlant, une fois cet « équilibre » considéré, peut-être peut-on avancer que l'intensité de la réaction des thérapeutes serait davantage fonction de leur personnalité, comme le suggèrent de nombreuses recherches explorant les déterminants du burnout et de la réaction aux stress professionnels chez les cliniciens (Brems & Johnson, 2009; Hall & Epp, 2001; Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1987b; Jeanneau & Armelius, 2000; Lambie, 2007; Norcross & Guy, 2007; Rothschild, 2006). Ces résultats abondent par ailleurs dans le sens de recherches contemporaines plus générales soutenant l'impact de la personnalité sur les réactions au stress professionnel (Conard & Matthews, 2008; Garrosa *et al.*, 2008; Korotkov, 2008; Mikolajczak *et al.*, 2007; Parkes, 1986, 1990, 1994), sur la croissance post-traumatique (Bonanno, 2004; Bonanno, Field, Kovacevic, & Kaltman, 2002; Calhoun & Tedeschi, 1998; Davis & McKearney, 2003; Schaefer & Moos, 1998; Shakespeare-Finch, Gow, & Smith, 2005; Widows, Jacobsen, Booth-Jones, & Fields, 2005), et sur le développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou d'un deuil compliqué (Declercq & Willemsen, 2006; Dieperink, Leskela, Thuras, & Engdahl, 2001; Shear *et al.*, 2007; Zlotnick *et al.*, 2008).

1.6 Dimension longitudinale

1.6.1 Réactions de stress

On l'a évoqué plus haut, l'intensité des réactions de stress des thérapeutes tend à diminuer considérablement avec le passage du temps. Examinons un instant cette affirmation. Afin d'évaluer la persistance des réactions de stress dans le temps, quelques études employant l'Impact of Event Scale ont invité les thérapeutes à remplir l'IES deux fois en se prononçant relativement à leur expérience à deux moments, soit dans les quatre semaines ayant suivi le GSP (impact aigu), puis dans les deux semaines précédant leur réponse aux questionnaires (impact à long terme). Le tableau 1.5 présente les résultats rapportés par ces études pour les deux moments de cotation. On constate d'emblée une tendance générale à la diminution de l'intensité des réactions de stress avec le passage du temps. La vaste majorité des moyennes échantillonales – même pour les sous-échantillons initialement d'intensité clinique – chute en-deça du seuil clinique dans le délai écoulé entre les deux moments de cotation. L'ensemble des recherches citées, à l'exception de celle de Yousaf, Hawthorne et Sedgwick (2002), rapporte d'ailleurs un

effet significatif du temps sur l'atténuation des réactions de stress, tant pour l'échantillon général que pour les sous-échantillons dits « cliniques » (i.e. dont les réponses aiguës sont au-dessus des seuils cliniques identifiés par Horowitz et collègues) ou « non-cliniques » (en-deçà des seuils normatifs). Yousaf, Hawthorne et Sedgwick (2002) expliquent hypothétiquement leur constat surprenant par certaines propriétés de leur échantillon, notamment sa taille et la nature « stagiaire » des répondants. En effet, la taille échantillonnale peut restreindre l'expression statistique de certains phénomènes, et le statut « stagiaire » des répondants, en plus d'accroître possiblement l'intensité générale des réponses, implique nécessairement le fait que l'événement soit survenu il y a moins longtemps (ici un délai médian de 27 mois écoulés depuis le GSP), ce qui limite la possibilité d'observer statistiquement l'effet du temps. Ceci étant dit, rappelons néanmoins que l'intensité des réponses initiales chez Yousaf, Hawthorne et Sedgwick (2002) demeure dans l'ensemble comparable voire inférieure aux taux observés dans les autres recherches. En guise d'illustration de l'effet du temps, soulignons finalement la présentation que McAdams et Foster (2000) ont faite de leurs données « actuelles » (moment de cotation « aujourd'hui »), dévoilant un écart considérable entre deux groupes, selon le temps écoulé entre le geste et le moment de cotation du questionnaire. En effet, les réponses d'impact aigu étaient rapportées indistinctement par les auteurs, mais les réponses actuelles sont en revanche uniquement présentées pour les groupes « extrêmes » en regard du temps écoulé depuis le GSP, soit moins d'un an et demi, ou plus de 6 ans. S'il nous est ainsi difficile de commenter l'évolution temporelle de l'échantillon considéré dans son ensemble, on peut par contre constater l'effet visiblement apaisant du temps sur l'intensité des réactions de stress mesurées par l'IES. Les auteurs ne rapportent aucune différence significative entre ce sous-échantillon « délai < 1,5 an » et les autres répondants, par exemple en termes d'âge, de nombre d'années d'expérience ou de scolarité, toutes ces variables étant par ailleurs significativement liées à l'intensité de la réaction au GSP. Il semble donc que ces résultats, groupés de la sorte, illustrent bel et bien l'effet du temps, et non celui d'un artefact quelconque.

Tableau 1.5: Comparaison entre différentes études sur la PPS quant à l'évolution temporelle des résultats moyens à l'Impact of Event Scale

Étude	Au moment du geste (délai 1-4 semaines)					Aujourd'hui				
	Intrusion		Évitement		IES global (Intr + Év)	Intrusion		Évitement		IES global (Intr + Év)
	M (ÉT)	% clin (cutoff)	M (ÉT)	% clin (cutoff)		M (ÉT)	% clin (cutoff)	M (ÉT)	% clin (cutoff)	
(Kleespies <i>et al.</i> , 1990) - 9 Psychologues stagiaires (É-U)	20 (10,3)		13,4 (6,7)		33,4					6,1 (5,5)
(McAdams & Foster, 2000) - 76 Psychothérapeutes professionnels - 21 stagiaires (Total: 97) (É-U)	16,3 (8,3)		13,9 (6,7)		30,2 (13,1)					
* Délai < 1,5 an depuis le suicide (n = 37) ** Délai de > 6 ans depuis le suicide (n = 52)						11,5* (12,2)		10,7* (11,2)		22,2* (12,2)
						4,5** (7,0)		4,8** (7,1)		9,3** (7,1)
(Kleespies <i>et al.</i> , 1993) - 32 Psychologues stagiaires (É-U)	16,7 (7,5)		12,1 (7,6)		28,8 (12,1)	3,8 (3,3)		4,2 (6,4)		8,0 (8,6)
(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988) - 131 Psychiatres (É-U)	14,3 (9,1)		10,3 (9,3)		24,6 53%					
* Sous-échantillon d'intensité « clinique » ** Sous-échantillon d'intensité « non-clinique »	21,3* (6,2)	(13)	14,4* (3,8)	(13)	25,7*	5,5* (6,2)		5,4* (6,8)		10,9*
	6,4** (3,8)		5,5** (5,5)		11,9**	1,4** (2,6)		2,7** (4,1)		4,1**
(Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, <i>et al.</i> , 1988) - 81 Psychologues (É-U)	13,3 (9)	49% (13)	8,9 (6,6)	27% (13)	22,2					
* Sous-échantillon d'intensité « clinique »	21,0* (6,1)		17,6* (4,8)		38,6*	4,0* (5,5)		3,6* (6,3)		7,6*
(Cryan <i>et al.</i> , 1995) - 47 Psychiatres - 42 Psychiatres stagiaires		36%		17,5%			5%		7%	

(Total: 89) (Irlande)					
(Yousaf <i>et al.</i> , 2002)					
- 23 Psychiatres stagiaires (Royaume-Uni)					
	11,9 (8,5)	33%	9,7 (9,21)	29%	21,6 (9,21)
				52%	29%

Note: Les points de césure (*cutoff*) utilisés pour déterminer les seuils de stress d'intensité clinique sont, sauf indication particulière, respectivement de 12 et 10 pour les échelles d'intrusion et d'évitement, et de 19 pour l'échelle d'IES considérée globalement (Horowitz & *et al.*, 1984; Zilberg *et al.*, 1982).

La littérature scientifique se fait plutôt abondante en ce qui a trait au traitement du GSP comme étant une forme de crise relativement importante pour le clinicien, et dont on peut minimalement prévenir les répercussions négatives par la formation et l'information, puis endiguer les méfaits à court terme par le biais de différentes mesures de post-vention. Par ailleurs, quelques trop rares publications s'intéressent de plus près au processus que traversent les thérapeutes pour assimiler l'expérience du GSP (E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Biermann, 2003; Brown, 1987b; Chassay, 2006; Cotton *et al.*, 1983; Feldman, 1987; Goodman, 1995; Gorkin, 1985; Hamel-Bissell, 1981; Horn, 1995; James, 2005b; Kleespies *et al.*, 1990; Kolodny, Binder, Bronstein, & Friend, 1979; Little, 1992; Maltsberger, 1992; Misch, 2003; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006). Il est généralement question de phases ou de stades que franchissent les thérapeutes, parfois apparentés aux étapes classiques du deuil, parfois plus spécifiques à l'événement de PPS lui-même, ou ailleurs encore, plus rarement cependant, collées à une théorie de l'assimilation d'expériences stressantes ou traumatiques. Mais l'on en sait à vrai dire trop peu sur les impacts professionnels à long terme pour pouvoir statuer sur le caractère adéquat ou non de l'angle sous lequel la littérature semble avoir abordé le phénomène jusqu'à présent. Les mises en garde sont légions, certes; les thérapeutes et milieux de formation sont fortement invités à se prémunir de procédures advenant la survenue de l'événement. Mais il paraît pour le moins surprenant que la dimension longitudinale du phénomène demeure à ce jour reléguée au second plan, considérant le fait que l'écrasante majorité des cliniciens « survivent » professionnellement à l'événement. La proportion de ceux qui délaissent la pratique ou qui changent de vocation consécutivement à la perte est en effet généralement négligeable, et une importante majorité de cliniciens attribuent même à l'événement, en dépit d'une souffrance certaine, des impacts positifs à plus long terme, essentiellement au plan professionnel (E. J. Anderson, 1999; Biermann, 2003; Brown, 1987a, 1987b; Chassay, 2006; Cotton *et al.*, 1983; Goodman, 1995; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kaufmann Didisheim *et al.*, 2007; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Kolodny *et al.*, 1979; Lapp, 1986; Little, 1992; Munson, 2009; Sacks *et al.*, 1987; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting *et al.*, 2006; Yousaf *et al.*, 2002).

1.6.2 Processus de deuil

Les auteurs s'intéressant au processus d'assimilation par le clinicien de l'expérience du GSP semblent s'entendre de façon générale sur le fait que l'événement peut contribuer, à long

terme, à la redéfinition de certaines facettes de l'identité et du self professionnels. Autrement dit, au-delà du thème spécifique du suicide dans la pratique professionnelle, l'événement peut susciter chez les cliniciens une réflexion porteuse d'un mouvement développemental touchant des enjeux beaucoup plus larges de la pratique, notamment la responsabilité professionnelle et les ambitions thérapeutiques. Hamel-Bissell (1981) suggère que les infirmières cliniciennes pratiquant la psychothérapie traverseraient, dans l'évolution de leur rapport au travail avec des patients suicidaires, quatre stades de développement évoquant en partie le processus classique du deuil (Kübler-Ross, 1970), mais nuancés d'enjeux professionnels particuliers. Au stade de « naïveté », les infirmières rapportent davantage de réactions de choc, d'incompréhension, d'évitement et de déni. Par la suite, la phase de « reconnaissance » voit graduellement s'estomper le déni, pour faire place à une prédominance de peur, d'angoisse, d'impuissance et de confusion. Le stade de « responsabilité » comporte les mêmes éléments que le stade précédent, mais voit émerger, avec l'expérience croissante auprès des patients suicidaires, de plus en plus de frustration, de culpabilité et de colère. Finalement, le stade de « choix individuel » est atteint lorsque les infirmières reconnaissent et intègrent le fait que le choix de l'option suicidaire relève en définitive de la responsabilité du patient. Sans guère de surprise, la perte d'un premier patient par suicide contribuait à faire basculer les thérapeutes du premier au second stade de manière relativement « permanente ». À ce sujet, James (2005b), commentant son expérience de pertes multiples de patients par suicide au cours d'une carrière, notait que la naïveté était effectivement transcendée après une première perte, mais que des réactions propres aux trois stades suivants continueraient de se manifester chaque fois que d'autres pertes surviendraient. Peut-être les étapes se succèderaient-elles parfois plus rapidement, mais pas toujours. Selon l'auteure, chaque suicide est unique et engendre un processus d'analyse réflexive qui lui est propre; le thérapeute n'est jamais à l'abri de la colère ou de la confusion pour un suicide donné, du simple fait d'avoir atteint le stade de choix individuel pour une perte antérieure. Hamel-Bissell (1981) précise également que la transition de la responsabilité au choix individuel prend appui sur un effort continu d'apprentissage, d'introspection et de réflexion, et donne éventuellement lieu à l'atteinte d'une pratique professionnelle plus « objective » mais tout aussi sensible et bienveillante à la fois. La négociation des enjeux professionnels soulevés par le travail avec les problématiques suicidaires peut ainsi s'inscrire dans un cadre plus large et s'avérer être un axe important du développement professionnel, à condition qu'elle fasse l'objet d'un effort de réflexion actif et soutenu (Silverthorn, 2005).

Le thème du deuil est également présent chez Darden (2008), qui constate que les six thérapeutes interviewés pour sa thèse doctorale décrivent des symptômes correspondant aux critères du deuil compliqué (ou traumatique, selon Jacobs *et al.*, 2000), au sens où cette notion ajoute des éléments traumatiques à une définition plus traditionnelle du deuil. Au plan longitudinal, sans remarquer de stades de déploiement du processus de deuil compliqué, l'auteure note, à l'instar de nombre de ses prédécesseurs (p.ex. Valente, 1994), que le processus de résolution s'articule autour de la capacité du thérapeute à reconnaître ses limites et à restituer au client la responsabilité de son choix de s'enlever la vie. Encore ici, le processus d'acceptation par lequel doit passer le thérapeute ne concerne pas tant l'idée de la perte du patient, que celle de la perte d'une représentation idéalisée de soi en tant que professionnel compétent. Dans un premier temps, les thérapeutes affirment avoir vécu la PPS comme un échec. Cependant, constat fort surprenant et contraire à ce que révèle la littérature de façon unanime, ils avancent par ailleurs ne s'être pas sentis responsables du suicide et n'avoir pas questionné leurs compétences cliniques. Eu égard au paradoxe entre ces affirmations et la perception de la PPS comme un échec et le « deuil professionnel » placé au cœur du processus de résolution, sans doute peut-on considérer l'intervention possible de processus défensifs chez les thérapeutes pour expliquer ce résultat surprenant? Cette piste n'est cependant pas suivie par l'auteure, qui met plutôt sur le compte de l'expérience professionnelle le sentiment d'agentivité décrit par ses répondants – tous des cliniciens chevronnés – comme leur ayant permis de traverser l'expérience difficile. Cette hypothèse est importante et rejoint un point de vue récurrent dans la littérature sur la PPS : l'expérience professionnelle conférerait aux cliniciens une forme de « résilience acquise » ou apprise (learned resiliency), un facteur de protection contre les remises en questions dramatiques parfois suscitées par l'expérience d'incidents professionnels critiques comme le GSP (Brown, 1987a; Eckler-Hart, 1987; Foster & McAdams, 1999; Grad *et al.*, 1997; Litman, 1965; Wells, 1991). Au-delà de la voix qu'elle ajoute au nombre de celles postulant la centralité du « deuil de la toute-puissance thérapeutique » pour l'assimilation constructive du GSP, la thèse de Darden (2008) insiste indirectement sur la solidité de l'identité professionnelle comme facteur de protection contre les réactions pathologiques à la PPS. Ainsi qu'on le verra plus loin, cette question fait intervenir les processus autorégulateurs et différentes particularités de l'identité qui évoluent au fil du développement professionnel, mouvement implicite généralement sous-entendu dans la notion d'« expérience professionnelle ».

À partir de son étude des impacts du GSP sur les thérapeutes en formation, Brown (1987b) propose un modèle développemental constitué de cinq stades caractérisant les positions dyadiques des stagiaires avec leur programme d'encadrement ou établissement de formation, en regard de la survenue potentielle ou actuelle du suicide d'un patient. L'auteur propose d'abord une phase d'« anticipation » où les stagiaires seraient invités par le programme de formation, à faire l'exercice d'anticiper la survenue du GSP ainsi que leurs réactions possibles. Par la suite, une phase d'« impact émotionnel aigu » s'installe pour une durée allant de quelques heures à deux mois, et dans laquelle les responsables du « programme » doivent s'efforcer d'offrir un soutien actif au stagiaire. Une troisième phase de « clarification et perlaboration » permet ensuite au stagiaire d'apprendre du GSP, et d'examiner les influences possibles de l'événement sur son attitude et son travail actuels. Durant les deux à six mois sur lesquels peut s'étendre cette phase, le programme se doit de trouver des manières d'aider le stagiaire à réfléchir sur les impacts qu'ont pu avoir le GSP sur lui. Quatrièmement, Brown (1987b) avance l'existence d'une phase de « réorganisation » (6-18 mois) au cours de laquelle le stagiaire parachève sa résolution des conflits liés au sentiment d'échec et à l'auto-réprobation, à défaut de quoi il sera habité par un doute constant. L'auteur recommande qu'à la fin de cette phase, le programme procède à une nouvelle passation en revue de l'événement et du cas, avec l'objectif spécifique de dissoudre tout problème résiduel chez le stagiaire relativement au blâme et à l'échec. Finalement, une phase de « préparation à la réactivation et à la pratique post-formation » vient couronner le processus d'assimilation de l'expérience du GSP par le stagiaire. Elle offre à ce dernier une nouvelle opportunité d'examiner les effets de cet événement sur son identité professionnelle en émergence, à l'occasion de sa transition du statut de stagiaire à celui de professionnel indépendant. À l'instar de Hamel-Bissell (1981), Brown (1987b) semble ainsi suggérer que l'expérience du GSP amène le clinicien (ici novice) à traverser un processus de développement professionnel s'appuyant principalement sur deux leviers : l'assimilation des enjeux conflictuels relatifs à l'échec, au blâme et à la responsabilité; et la réflexion constante par l'individu sur les impacts possibles de cette expérience sur son identité professionnelle.

Dans le but de proposer des lignes directrices pour l'encadrement offert aux stagiaires ayant perdu un patient par suicide, Kleespies (1993) invoque le concept de « resynthèse psychologique » formulé par Resnick (1969) pour décrire le processus de deuil traversé par les stagiaires, et dicter les interventions appropriées de manière à favoriser le rétablissement de la cohésion de leur self professionnel en développement. Il fait ainsi correspondre aux trois stades

de resynthèse psychologique une expérience et un travail de deuil particuliers chez le stagiaire, accompagnés d'une réponse adéquate de la part des superviseurs et du programme de formation, un peu comme le faisait Brown (1987b), mais sans inclure de phase de prévention. En phase de « ressuscitation psychologique », l'objectif consiste simplement à permettre au stagiaire d'encaisser le choc, de contenir les impacts émotionnels aigus pouvant survenir jusqu'à un mois suivant la PPS. La tâche du programme à ce stade en est essentiellement une de soutien émotionnel et d'encadrement du stagiaire, afin de légitimer l'expérience émotionnelle douloureuse et minimiser le sentiment d'isolement qui menace souvent les stagiaires durant cette période. Avec l'atténuation des émotions aiguës suivant le suicide du patient vient ensuite la phase de « réhabilitation psychologique », où l'accent principal du travail se déplacera d'un soutien émotionnel au stagiaire, vers un traitement actif des événements ayant mené au GSP ainsi qu'un examen des effets possibles à plus long terme de l'événement sur le stagiaire. La « crise » étant à présent traversée, cette seconde phase offre au stagiaire l'opportunité d'entamer une réflexion active (en supervision, en thérapie, ou ailleurs) qui transcende le cas spécifique du patient décédé, et dont la portée s'étend aux impacts sur le travail ultérieur avec des patients suicidaires, avec le thème de la mort en général, avec celui du suicide en particulier, de même qu'avec ceux de la responsabilité et de la culpabilité chez le clinicien. Kleespies (1993) mentionne des stratégies comme le groupe de soutien formé de thérapeutes « survivants », ou la réunion d'analyse critique du suivi (post-mortem case conference, en anglais, parfois nommée « revue de morbi-mortalité » dans le milieu médical francophone), comme autant d'avenues permettant au stagiaire de réaliser les tâches de réflexion et de perlaboration propres à ce stade. Finalement, le stagiaire devrait atteindre une phase de « renouvellement psychologique », alors qu'il recouvre une certaine disponibilité émotionnelle, et la capacité de fonctionner professionnellement sans restrictions psychologiques.

Kleespies (1993) insiste sur le thème de la croissance émotionnelle inhérente à une complétion adéquate de ce stade, rappelant que les trois quarts des participants de l'étude de Kleespies *et al.* (1990), et que la totalité des participants de celle de Brown (1987b) rapportent à long terme des impacts positifs à leur expérience du GSP. Parmi les effets positifs rapportés figurent : une conscience et une acceptation accrues de l'occurrence du suicide dans la pratique, une prise de conscience saine et constructive de ses limites comme thérapeute, une sensibilisation importante aux enjeux touchant la question de la mort auto-infligée, et une vigilance accrue dans le travail avec les patients à haut risque. De tels résultats semblent corroborés par l'étude de

Goodman (1995), qui révélait que les impacts professionnels les plus répandus consistaient en une acceptation accrue de l'occurrence du suicide dans la pratique clinique, et en une sensibilité accrue aux signes de dangerosité suicidaire. Anderson (1999) rapportait les mêmes impacts à long terme de la PPS chez les sept thérapeutes qu'elle avait interviewé. Pour plusieurs thérapeutes de l'étude de Kleespies, Penk, & Forsyth (1993), le principal point d'ancrage du renouveau psychologique concernerait l'acceptation par le thérapeute de son influence, de sa responsabilité et de son contrôle relativement limités sur les choix et les gestes posés par les clients. Il s'agit là d'un des constats centraux et récurrent dans la littérature sur la PPS (E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Darden, 2008; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a, 2005b; Kleespies *et al.*, 1993; Knox *et al.*, 2006; Moody, 2010; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Wells, 1991). Kleespies (1993) rappelle toutefois que ce seront, en définitive, certaines « différences individuelles » (que l'auteur ne spécifie pas) chez les thérapeutes, ainsi que les circonstances entourant le décès du patient, qui moduleront la capacité du thérapeute à accéder au renouveau psychologique. Le moteur du développement professionnel par l'assimilation de l'expérience de PPS réside aussi chez Kleespies (1993) dans la capacité du thérapeute à « s'investir activement dans le processus de deuil et à faire un effort conscient pour réfléchir sur le sens [qu'il attribue au] suicide du patient, et en examiner les ramifications [et implications] pour son fonctionnement comme clinicien » (p.480, traduction libre). Il est donc intéressant de constater que la réflexion professionnelle continue demeure envisagée par Kleespies (1993) comme principal levier du développement professionnel et de l'assimilation du GSP, mais que des caractéristiques propres à la personne du thérapeute sont, de toute évidence, susceptibles de colorer l'expérience que fera le thérapeute de la PPS, d'influencer l'assimilation qui en sera faite et de nuancer son empreinte sur le mouvement développemental du self professionnel. C'est en outre la conclusion à laquelle nous arrivions dans la section précédente concernant les stratégies d'adaptation adoptées par les cliniciens : l'assimilation par les thérapeutes de l'expérience de PPS peut souvent conduire à une croissance professionnelle et à un renouveau psychologique (professionnel), dans la mesure où l'activité réflexive indispensable n'est pas entravée par des traits personnels du thérapeute susceptible d'affecter ses processus autorégulateurs.

Dans un article plus riche en pistes de réflexion qu'en éclairages théorico-conceptuels ou empiriques, Horn (1994) souligne également l'importance de placer la « personne » du thérapeute (son expérience de vie professionnelle et ses « schémas ») au centre de notre compréhension du

phénomène de perte d'un patient par suicide, afin d'offrir dans ce contexte une supervision optimale favorisant le développement professionnel du clinicien. L'auteur formule d'abord des questions fort pertinentes concernant : les composantes émotionnelles, cognitives et comportementales des réactions à la PPS; l'évolution temporelle des telles réactions; les caractéristiques des thérapeutes susceptibles d'en moduler l'intensité et le sens; les impacts de la PPS sur l'état actuel et sur le développement futur de la pratique professionnelle de l'individu; puis les stratégies d'adaptation employées par les cliniciens dans leurs vies personnelle et professionnelle afin de composer avec un tel événement. Il entreprend ensuite d'y répondre par le biais d'une recension d'écrits, laquelle lui permet de dégager, dans un premier temps, une succession de deux grandes phases caractérisant la réponse émotionnelle des thérapeutes au suicide d'un patient. Notons au passage que la réaction des cliniciens est fragmentée chez Horn (1994), de manière quelque peu artificielle, en ses composantes émotionnelles, cognitives et comportementales. Initialement, les thérapeutes réagiraient, selon ses constats, d'une manière analogue à celle de quiconque ayant perdu un proche par suicide (Litman, 1965), i.e. par une forme de choc (Hamel-Bissell, 1981, 1985), de l'incrédulité, de la confusion et du déni (Cotton *et al.*, 1983). Une seconde sous-phase de réaction émotionnelle se caractériserait par l'émergence de colère, de honte et de culpabilité (Kleespies *et al.*, 1990; Sacks *et al.*, 1987), et serait également le lieu d'apparition possible de symptômes dépressifs chez le clinicien (Cotton *et al.*, 1983; Feldman, 1987). Outre la fragmentation en leurs dimensions expérientielles (émotionnelle, cognitive, comportementale), soulignons la présence d'une séparation additionnelle dans la description que fait Horn (1994) des réactions des thérapeutes à la PPS. Il précise en effet que les thérapeutes vivent, « parallèlement » à leurs réactions personnelles, des réactions émotionnelles en tant que professionnels confrontés au suicide d'un patient. C'est ainsi que les premiers stades se caractériseront également par une peur des représailles professionnelles ainsi qu'un sentiment d'incompétence et de doute face aux habiletés à pratiquer la psychothérapie (Cotton *et al.*, 1983; Feldman, 1987; Kleespies *et al.*, 1990). On l'a souligné à maintes reprises plus haut, le stress initial de l'événement et ses atteintes à caractère narcissique tendent souvent à susciter d'emblée la mobilisation de défenses projectives chez les cliniciens fortement ébranlés, ce qui explique en partie une telle coloration émotionnelle lors des premiers stades de réaction. Par la suite, les phases finales de réaction, cette fois autant au plan personnel que professionnel, concernent l'acceptation et la résolution (Horn, 1995). L'auteur cite Cotton *et al.* (1983) qui suggèrent que les thérapeutes retrouvent leur équilibre à mesure que se dissipent l'amertume et les émotions intenses, « et qu'existe un potentiel double de croissance et d'incapacité » (Horn, 1994, p. 191).

Du sens regrettablement flou de cette dernière proposition, peut-être peut-on traduire, en évoquant Kleespies (1993), que le renouveau psychologique du thérapeute et le retour de ce dernier à une pleine disponibilité psychologique dans son travail impliquerait, dans une certaine mesure, le fait d'émerger d'une phase de régression transitoire pour recouvrer la disponibilité et la capacité à croître professionnellement des expériences professionnelles rencontrées. Horn (1994) inclut dans ces ultimes phases la prise de conscience et l'acceptation par le thérapeute de la culpabilité et de la colère jusqu'à présent « refoulées »¹. Les leviers, facteurs et points tournants modulant le cheminement des thérapeutes vers la résolution émotionnelle ne sont cependant pas précisés.

Au plan cognitif, Horn (1994) recense à nouveau deux grandes phases de réactions touchant essentiellement à la sphère professionnelle. Dans un premier temps de réaction, les cognitions émergeant chez les cliniciens suite à l'expérience de PPS sont cohérentes avec les réponses émotionnelles, et sont principalement constituées, d'une part, de doute face à soi, face aux compétences professionnelles et face à la qualité du jugement clinique (Sacks *et al.*, 1987). D'autre part, les cliniciens rapportent également à ce stade nombre de croyances et de fantaisies anticipatoires relativement à des critiques, des reproches ou des accusations susceptibles de venir de la part des collègues et des superviseurs (Feldman, 1987; Sacks *et al.*, 1987). C'est également dans ce contexte qu'apparaîtront fréquemment chez les cliniciens des préoccupations concernant la possibilité de faire l'objet de poursuites légales pour faute professionnelle (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Sanders, 1984). Il semble en outre que ce soient les « symptômes cognitifs » propres à ce stade de réaction qui contribuent à imprimer à la PPS la lecture que l'on en fait souvent en termes de trauma et de stress, comme en témoigne notamment l'occurrence fréquente de pensées intrusives et de rêves liés au suicide du client (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Sacks *et al.*, 1987). Par la suite, les phases ultérieures de réaction s'expriment sous la forme d'hypervigilance des thérapeutes aux enjeux suicidaires chez les patients (Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988), de ruminations dépressives à la recherche de l'« erreur fatale » (Sacks *et al.*, 1987), et d'une « dissonance cognitive » résultant de la tension entre deux réalités polarisées à intégrer, à savoir d'une part le caractère relativement inévitable du GSP et les limites du thérapeute dans le travail avec les patients suicidaires, et d'autre part la persistance irréductible d'une faille empathique ayant pu contribuer au suicide

¹ Ce terme est placé entre guillemets en raison de sa signification psychanalytique, que nous souhaitons souligner en dépit du fait que l'auteur emploie le terme sans souscrire au point de vue psychanalytique.

(Bartels, 1987). Au plan cognitif, Horn (1994) avance que l'assimilation complète de l'expérience s'articulera autour d'une intégration par les thérapeutes du constat de leur contrôle limité sur la vie d'un individu et d'un patient, combiné à un engagement et un intérêt soutenus pour le travail psychothérapeutique (Brown, 1987a). En somme, l'assimilation s'appuiera sur une redéfinition du self professionnel issue de la réconciliation par les thérapeutes des « voix conflictuelles » (Honos-Webb & Stiles, 1998) de leurs aspirations et de leurs limites mises en relief par l'événement, dans une formulation nouvelle néanmoins fondée sur une foi et un intérêt soutenus pour le travail psychothérapeutique.

Finalement, Horn (1994) recense les réactions comportementales, jugées tantôt positives ou négatives, selon qu'elles s'avèrent favorables ou non au processus d'assimilation par les thérapeutes de leur expérience du GSP. Aucune trace d'évolution processuelle ou de stades n'est toutefois perceptible dans la description qu'il fait de cette dimension comportementale. Sont d'abord énumérés les impacts comportementaux sur la pratique professionnelle (p. ex. retard et absentéisme au travail, évitement dans le traitement de problématiques dépressives, hypervigilance et surévaluation des enjeux suicidaires, tenue de dossiers conservatrice, refus de traiter des patients suicidaires, etc.; cf. plus haut pour une énumération plus exhaustive des impacts du GSP sur la pratique professionnelle), puis vient ensuite le tour des stratégies « intentionnelles » d'adaptation (p. ex. recours au réseau de soutien social professionnel et personnel, contacts avec la famille du défunt client et présence aux funérailles, assistance prêtée à un collègue traversant une situation semblable, revue critique du cas avec un superviseur, autopsie psychologique). L'auteur mentionne que la participation à une autopsie psychologique permet, outre la détermination des causes du décès, de surmonter les sentiments d'impuissance et de culpabilité (Bartels, 1987). Dans une seconde partie sur laquelle nous reviendrons plus loin, Horn (1994) insiste ensuite sur l'influence centrale des « expériences de vie du thérapeute » dans la construction que fera ce dernier de l'expérience du GSP. Il y a donc lieu de croire, ainsi qu'il fut dégagé plus haut, que les variables personnelles impliquées dans la construction du self du thérapeute au fil de ses « expériences de vie », soient au cœur du processus d'acceptation et de résolution par lequel les émotions intenses et l'amertume sont éventuellement assimilées.

Mettant davantage d'accent sur la blessure que sur la croissance professionnelle, Tillman (2006) note également deux temps de réactions à partir de son enquête menée auprès de douze psychothérapeutes d'orientation psychanalytique ayant vécu la PPS. Rejoignant Pollock (1961) et

Volkan (1981, 2004) dans leur exploration des phases du deuil, Tillman (2006) fait état d'une première phase de réaction plus aiguë (grief, en anglais) caractérisée par une douleur et un chagrin plus vifs, suivie d'un processus plus long et interne d'adaptation et de transformation (mourning, en anglais), que les thérapeutes traverseront dans un second temps. Alors que la première phase constitue une réaction de choc et de souffrance émotionnelle plus immédiate consécutivement à la perte de l'« objet » (la personne du patient), la seconde phase est porteuse des résonances plus profondes découlant de cette perte, particulièrement en termes d'idéal du moi professionnel chez les cliniciens endeuillés par suicide. Dans la première phase se retrouvent toutes les réactions affectives importantes généralement recensées dans la littérature (voir plus haut), ainsi que les symptômes relatifs à l'expérience d'un trauma, notamment les pensées intrusives, les rêves, l'évitement et la dissociation. Dans la seconde phase, Tillman (2006) repère chez ses répondants des caractéristiques expérientielles apparentées à celles de la mélancolie décrite par Freud (1915) et Klein (1940), et qui se distingue essentiellement d'un deuil – même sévère – par la présence d'une chute importante de l'estime de soi s'exprimant par des auto-reproches et des auto-injures, allant même jusqu'à l'appréhension « délirante » d'un châtimement. Le thème de « grandiosité, honte, humiliation, culpabilité, jugement et blâme » ressort chez Tillman (2006) comme étant le plus central dans la compréhension des autres thèmes plus « conventionnels » (ceux que l'on retrouve dans la majorité des recherches sur la PPS) de perte traumatique, de deuil, de relations avec l'entourage personnel et professionnel, de peur d'une poursuite légale ou de représailles de la famille du défunt ou du milieu professionnel, etc. À la lumière de son étude, Tillman (2006) suggère que la prédominance des éléments de mélancolie s'explique par le fait que la PPS génère, par ses propriétés intrinsèques, une blessure narcissique importante chez plusieurs thérapeutes. Cette situation de crise où les transactions surmoïques du clinicien sont fortement ébranlées par une « fracture » de son idéal du moi professionnel suscitera la mobilisation d'un éventail colossal de défenses en vue de maintenir une certaine cohésion du self du professionnel. Cela expliquera, en partie du moins, la vivacité de l'auto-dépréciation et des projections sur l'environnement, lesquelles prendront notamment la forme de peur de représailles. Autrement dit, ce sont en partie les implications professionnelles du deuil d'un patient par suicide qui contribueraient à lui conférer ses couleurs mélancoliques liées à l'échec, au blâme, à la culpabilité et à la honte. « En partie », précisons-nous en effet, parce que d'autre part Tillman (2006) questionne le thème des investissements et fantasmes grandioses des thérapeutes comme contribution nécessaire à l'expérience d'une blessure narcissique. Nous développerons plus loin le thème de la grandiosité du clinicien, mais contentons-nous pour l'instant de conclure

que la PPS semblerait générer une blessure narcissique en elle-même, et qu'il est assurément raisonnable de supposer que certains thérapeutes pourraient être dotés de prédispositions favorables au déploiement d'une blessure narcissique plus profonde suite à l'événement.

1.7 Conclusion

En somme, l'examen rigoureux de la littérature portant sur les impacts personnels et professionnels de la PPS chez les cliniciens nous permet de dégager les quelques conclusions suivantes :

- Si elle atteint une intensité cliniquement significative comparable à celle d'un état de stress aigu chez près de la moitié des thérapeutes touchés, la réaction initiale à la PPS s'atténue dans la vaste majorité des cas en-deçà du seuil clinique dans un délai de deux à quatre semaines, et de façon encore plus répandue à mesure qu'augmente le temps écoulé depuis l'événement.
- Malgré certains points communs, les composantes émotionnelles de l'expérience de PPS par les thérapeutes reflètent davantage une blessure narcissique et une crise de l'idéal du moi professionnel, qu'un deuil envisagé comme perte relationnelle. La douleur « personnelle » semble subordonnée à la détresse engendrée par la culpabilité découlant de la responsabilité inhérente au rôle professionnel du thérapeute. Autrement dit, la douleur n'est essentiellement « personnelle » que dans la mesure où elle fait intervenir le narcissisme du thérapeute, qui peut infiltrer toutes les sphères du fonctionnement professionnel de ce dernier.
- De même, les impacts professionnels aigus (à court terme) reflètent souvent davantage une atteinte au self et à la maturité des aspirations professionnelles du thérapeute, plutôt que des réactions « dépressives » ainsi qu'on pourrait l'attendre dans le cas d'un processus de deuil. Une lecture psychodynamique des réactions pathologiques possibles par les thérapeutes suggère que celles-ci émaneraient principalement de la personnalité du thérapeute et de son investissement du patient.
- Les impacts professionnels aigus ou « pathologiques » se résorbent relativement rapidement, et les impacts à plus long terme demeurent plutôt méconnus, ou semblent

relativement positifs, dans la mesure où ils paraissent traduire chez la majorité des thérapeutes des signes de croissance et de développement professionnel plutôt qu'une trajectoire de stagnation ou d'évitement.

- Au plan longitudinal, les thérapeutes traversent généralement une phase initiale où les réactions de stress sont relativement vives, et cheminent ensuite à travers diverses phases d'un processus apparenté au deuil d'un idéal professionnel de soi, qui résultera pour plusieurs thérapeutes en une certaine croissance professionnelle.
- La révision saine de l'idéal du moi professionnel s'articulera autour de la capacité du thérapeute à accepter ses limites comme professionnel, à restituer au client la responsabilité ultime de son geste, et à métaboliser l'atteinte narcissique de l'événement. Les ressources mentales réflexives de thérapeute émergent comme faculté indispensable à l'assimilation constructive de l'expérience du GSP et au développement professionnel « normal », mais il est suggéré qu'elles soient intimement liées à certaines caractéristiques personnelles, en particulier l'autorégulation des enjeux de culpabilité, susceptibles de faire en sorte que l'événement ébranle la structure du self d'une manière telle que certains thérapeutes seront incapables de l'assimiler et recouvrer leur plein potentiel de développement professionnel.
- En termes de stratégies d'adaptation, le soutien social (pairs, collègues, famille et proches) demeure la stratégie la plus appréciée. Suivent ensuite les autres sources de soutien, auxquelles les cliniciens attribuent une utilité certaine, mais vraisemblablement dans la mesure où la disposition réflexive nécessaire à leur action bénéfique n'est pas entravée par les réactions de blessure narcissique des thérapeutes.

CHAPITRE II

FACTEURS MODULATEURS DU PROCESSUS D'ASSIMILATION DE L'EXPERIENCE DE PERTE D'UN PATIENT PAR SUICIDE

2.1 Introduction

À présent qu'ont été analysés les patrons et stades de réponses typiques, nous examinerons un peu plus en détails quelques facteurs susceptibles de moduler la qualité, l'intensité et l'évolution temporelle de la réaction des thérapeutes au GSP. Car si la littérature est généreuse en ce qui concerne la manière dont se caractérise la réaction des thérapeutes, elle s'avère beaucoup moins éclairante, en revanche, pour ce qui est de comprendre les facteurs permettant de distinguer, par exemple, les thérapeutes aux réactions plus vives et prolongées de ceux aux réactions plus contenues et éphémères. Ce second chapitre, plus synthétique que le précédent, présentera ainsi des variables tantôt validées empiriquement, tantôt avancées comme proposition intuitive (néanmoins étayées sur une compréhension théorico-clinique du phénomène) par les chercheurs et cliniciens ayant étudié le phénomène. Suivant notre revue critique de la littérature, les facteurs modulant les réactions des psychothérapeutes au GSP émanent essentiellement de trois sources : le contexte, la relation thérapeutique, et le thérapeute lui-même. Le tableau 2.1 (page suivante) présente notre classification des facteurs modulant les réactions des cliniciens à la PPS en fonction de leur origine et de la catégorie à laquelle ils appartiennent, ainsi qu'une recension des publications qui en ont fait mention dans la littérature sur la PPS. Ce chapitre détaille essentiellement le tableau 2.1, pour faire ressortir quelques points saillants et les élaborer dans la continuité des conclusions dégagées au chapitre précédent, en guise de prélude au chapitre théorique qui complètera ensuite le cadre théorique de la présente recherche.

Tableau 2.1: Facteurs modulateurs du processus d'assimilation par les cliniciens de l'expérience du geste suicidaire d'un patient

ORIGINE	CATÉGORIE	FACTEURS MODULATEURS	PUBLICATION(S)
Contexte	Circonstances	Effet de "surprise", prévisibilité du GSP	(Grad, 1996; Worden, 2009)
		Moyen et emplacement du GSP	(Grad, 1996; Worden, 2009)
		Type de geste (tentative vs. décès)	(Jacobson <i>et al.</i> , 2004; Kleespies <i>et al.</i> , 1993; Kleespies <i>et al.</i> , 1990)
		Peur de poursuites judiciaires	(Alexander <i>et al.</i> , 2000; Coverdale <i>et al.</i> , 2007; Grad & Michel, 2005; Hendin <i>et al.</i> , 2004; H. Sudak, 2007; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting <i>et al.</i> , 2006)
		Publicité dans les médias	(Alexander <i>et al.</i> , 2000)
		Type de suivi	(E. J. Anderson, 1999; Grad, 1996)
		Type de clientèle	(E. J. Anderson, 1999; Chemtob <i>et al.</i> , 1989; Deutsch, 1983; Horn, 1994)
		Responsabilité professionnelle (individuelle vs. équipe)	(Grad, 1996; Grad & Michel, 2005)
		Supervision continue durant le processus	(Grad, 1996)
		Charge de travail du thérapeute	(Chemtob <i>et al.</i> , 1989; Deutsch, 1983; Horn, 1994; Munson, 2009)
		Impossibilité de parler de l'événement à l'entourage	(Worden, 2009)
		Peur jugement des pairs	(Coverdale <i>et al.</i> , 2007; H. Sudak, 2007; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting <i>et al.</i> , 2006)
		Soutien des pairs	(Alexander <i>et al.</i> , 2000; Balon, 2007; Coverdale <i>et al.</i> , 2007; Hamaoka <i>et al.</i> , 2007; Hamel-Bissell, 1981; Henry, 2006; Henry <i>et al.</i> , 2004; Horn, 1995; Kapoor, 2008; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting <i>et al.</i> , 2006)
Relation thérapeutique	Contributions du client	Compréhension du GSP par le thérapeute	(Grad, 1996)
	Attachement et lien affectif	Durée du processus thérapeutique	(Grad, 1996; Horn, 1995)
		Degré d'engagement professionnel investi	(Grad, 1996; Litman, 1965)
		Implication émotionnelle et proximité du thérapeute avec le patient	(E. J. Anderson, 1999; Grad, 1996; Lapp, 1986; Valente, 1994)
		Qualité de l'alliance thérapeutique et « de	(Horn, 1995)

			travail »	
		Contributions du thérapeute	Lien de dépendance narcissique du thérapeute	(Worden, 2009)
			Investissement « ambivalent » du client par le thérapeute	(Worden, 2009)
			Attachement prédisposant à colère/hostilité	(Gorkin, 1985)
Thérapeute	Socio-démographique		Sexe	(Darden, 2008; Deutsch, 1983; Grad & Michel, 2005; Grad <i>et al.</i> , 1997; Henry, Séguin, & Drouin, 2008; Jacobson <i>et al.</i> , 2004)
			Âge	(Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988; Kleespies <i>et al.</i> , 1993; McAdams & Foster, 2000)
	Professionnel	Registre déclaratif / épisodique	Connaissances	(Grad & Michel, 2005)
			Compréhension des troubles psychologiques et de la maladie mentale	(Hamel-Bissell, 1981)
			Antécédents philosophiques, théoriques, cliniques	(Grad, 1996; Motto, 1979)
			Expériences antérieures de PPS	(Hamel-Bissell, 1981; James, 2005b; Worden, 2009)
		Registre procédural	Style de résolution de problème (approche/distance)	(Grad & Michel, 2005)
			Mode de communication de l'expé traumatique	(Grad & Michel, 2005)
			Stratégies d'adaptation / coping	(Grad & Michel, 2005)
		Registre développemental / réflexif	Niveau d'expérience professionnelle	(Brown, 1987b; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, <i>et al.</i> , 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, <i>et al.</i> , 1988; Cotton <i>et al.</i> , 1983; Goodman, 1995; Grad, 1996; Grad & Zavasnik, 1996; Hamel-Bissell, 1981; Horn, 1994; Kirchberg & Neimeyer, 1991; Kleespies <i>et al.</i> , 1990; McAdams & Foster, 2000; Munson, 2009; Ruskin <i>et al.</i> , 2004)
			Perception de soi dans la hiérarchie	(Grad & Michel, 2005)
			Attentes sociales (leurs manifestations dans le travail thérapeutique)	(Grad & Michel, 2005)
			Liens entre GSP et autres expériences de	(Grad & Michel, 2005)

			vie		
			Sagesse & acception des limites (maturité professionnelle)		(Alexander <i>et al.</i> , 2000; E. J. Anderson, 1999; Gorkin, 1985; Grad, 1996; Grad & Michel, 2005; Hamel-Bissell, 1981)
			Biais pour « sauver des vies » (grandiosité)		(Hamel-Bissell, 1981)
	Personnel	Histoire, antécédents personnels	Pertes et deuils complexes antérieurs dans la vie personnelle		(Grad & Michel, 2005; Worden, 2009)
		Personnalité, besoins, configuration motivationnelle	Stade de développement personnel, cycle de la vie		(Grad, 1996; Motto, 1979)
			Besoin de se sentir fort et en contrôle		(Worden, 2009)
			Personnalité du thérapeute, schémas		(Grad & Michel, 2005; Horn, 1994; O'Keeffe, 2010)
			Confiance et estime de soi		(Hamel-Bissell, 1981; Hendin <i>et al.</i> , 2004)
		Ressources réflexives et autorégulatoires	Ressources internes		(Horn, 1994)
			Ouverture au monde émotionnel, introspection, conscience réflexive		(O'Keeffe, 2010; Worden, 2009)
			Style de coping avec stress, perte & crise		(Grad & Michel, 2005)
			Conscience de soi, confiance en soi		(Hamel-Bissell, 1981)

2.2 Facteurs contextuels

2.2.1 Circonstances

Les circonstances ayant entouré le GSP sont parfois réputées jouer un rôle dans l'intensité de la réaction des cliniciens. Par exemple, sans que nous ayons pu en trouver de validations empiriques formelles dans la littérature, la notion de prévisibilité du suicide pour le clinicien est avancée par Grad (1996) et Worden (2009) comme facteur circonstanciel affectant l'intensité de la réaction. Intuitivement, on pourrait en effet envisager que le clinicien puisse réagir plus fortement s'il est pris au dépourvu par le GSP, le laissant perplexe devant les signes précurseurs qu'il n'aurait pas su voir. On imagine que le choc suivant de telles circonstances serait plus grand. Mais en revanche, un thérapeute qui perdrait son client après l'avoir accompagné longuement à travers une crise se soldant par un suicide ne pourrait-il pas vivre un sentiment d'échec peut-être plus grand encore, du fait de n'avoir pas réussi à éviter le dénouement tragique contre lequel il luttait depuis un certain temps? Peut-être peut-on penser qu'un facteur en apparence circonstanciel comme l'effet de surprise serait en fait mieux rangé parmi les facteurs relationnels. Ce pourrait être en effet le cas, dans la mesure où l'on considère que la surprise s'appuie sur le degré de confiance du thérapeute en la solidité du lien et en la qualité de sa lecture de la dynamique du patient. Ainsi pourrait-on dire que c'est au fond à travers la culpabilité de n'avoir pas su voir le danger suicidaire dans sa lecture du processus thérapeutique, que le thérapeute verrait ses réactions exacerbées par l'effet de surprise. De même, on peut penser que le moyen utilisé pour le geste suicidaire n'aurait d'impact que dans la mesure où le thérapeute y verrait une signification particulière dans le contexte de la relation thérapeutique. Quoiqu'il en soit, ces explications hypothétiques illustrent sans doute en partie la complexité du phénomène, et se reflètent dans l'absence de validation empirique probante de l'impact de la prévisibilité du geste. La réponse des cliniciens au GSP constitue un tissu émotionnel complexe dont l'intensité ne saurait être réduite à une réaction monolithique attribuable à un prédicteur unique. L'examen de l'impact modulateur d'un facteur comme la prévisibilité du geste doit par conséquent être nuancé, et devrait cibler les diverses sous-dimensions de la réaction des cliniciens, tant aux plans émotionnel, cognitif, que comportemental. Une telle discrimination demeure jusqu'à présent absente de la littérature, mais l'on peut effectivement imaginer que, par exemple, la prévisibilité du geste pourrait avoir un impact sur l'intensité de telle ou telle dimension émotionnelle par le

biais d'une construction expérientielle donnée chez le clinicien, alors que d'autres facteurs comme le moyen ou l'emplacement du geste pourront affecter d'autres dimensions de la réaction à travers d'autres canaux d'influence. D'ailleurs, Grad (1996) cite Worden (1991) qui inclut le moyen et l'emplacement du GSP comme médiateur de la réponse et du processus des thérapeutes « endeuillés » par suicide. Encore une fois, il serait permis de s'attendre à ce qu'un suicide par exemple plus violent ou franchement hostile à l'égard des survivants percuterait davantage le clinicien, mais cela ne semble pas forcément se vérifier dans la littérature empirique.

Dans une étude effectuée puis répliquée par Kleespies et collègues (Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990) auprès de stagiaires en psychologie, le type de manifestation suicidaire émerge comme facteur influençant l'intensité du stress éprouvé par les sujets ayant vécu le GSP. Plus précisément, Kleespies *et al.* (1993) ont démontré que le niveau de stress éprouvé par les thérapeutes « au moment du geste » était directement lié à la sévérité des manifestations suicidaires du patient (i.e. en ordre croissant : idéations, tentative, suicide complété). De même, les travailleurs sociaux sondés par Jacobson (2004) rapportaient une intensité de réaction significativement plus grande aux deux échelles de l'*Impact of Event Scale* (intrusion et évitement) pour des suicides complétés, en comparaison avec des manifestations suicidaires non-fatales (idéations, tentative). Au-delà des symptômes de stress, Kleespies *et al.* (1993) ajoutaient en outre que les groupes extrêmes de leur étude (« idéations » et « suicide complété », « tentative » étant le groupe du milieu) se distinguaient également de manière significative en ce qui a trait à leur expérience du choc, de l'incrédulité, de l'échec, de la tristesse, de l'autoréprobation, de la culpabilité, de la honte et de la dépression. Évidemment, le groupe de thérapeutes lié aux suicides complétés présentait des niveaux plus élevés de ces émotions. Leur étude de 1990 insistait aussi sur la culpabilité comme élément expérientiel distinguant le suicide complété et la tentative relativement à leurs impacts chez les thérapeutes. En effet, 63% des thérapeutes de clients suicidés rapportaient une culpabilité sévère, alors qu'il en était seulement le cas pour 10% des thérapeutes de clients ayant commis une tentative non-complétée. C'est dire, en somme, que le fait que le client décède pourrait avoir un impact sur l'intensité du stress et de l'expérience émotionnelle du thérapeute suite à l'évènement. Évidemment, d'un point de vue professionnel, le caractère définitif du décès vient écarter toute possibilité de réparation de la faute que le thérapeute pourrait potentiellement s'attribuer. Ceci étant dit, les recherches supportant l'impact accru du suicide complété demeurent minoritaires dans la littérature sur le GPS. En même temps, les études ayant cherché à investiguer cette distinction sont également

minoritaires, comparativement à celles s'intéressant exclusivement aux suicides complétés par les patients. Aussi paraît-il difficile de statuer de manière concluante sur la question. Pour davantage de rigueur, il nous semble que la comparaison des deux conditions devrait impliquer une mesure en deux temps, d'abord en ce qui concerne le stress vécu au moment du geste, et ensuite sur l'expérience à plus long terme. Cela permettrait peut-être de mieux évaluer l'impact du suicide complété comme événement irréparable et définitif. À cet égard, Kleespies *et al.* (1993) ne rapportaient aucune différence significative entre leurs groupes de thérapeutes (selon le degré de sévérité du GSP) quant aux effets à long terme. Peut-être peut-on trouver dans ces résultats un appui supplémentaire apparentant l'expérience du GSP au stress plutôt qu'au deuil pour les thérapeutes. Ce ne serait ainsi peut-être pas dans son rapport au lien thérapeutique que le GSP affecterait le thérapeute, mais plutôt dans les implications professionnelles qu'il présente pour ce dernier : le blâme et l'impression de faute professionnelle sont de plus en plus patents en fonction de la gravité de la manifestation suicidaire. C'est dans le moment de crise professionnelle aiguë qu'il occasionne que le GSP affecte le clinicien, et non en ce qu'il puisse s'agir d'une perte relationnelle à long terme. Et à ce titre, la tentative autant que le suicide complété peut représenter une menace narcissique pour le thérapeute.

Ayant interrogé 34 thérapeutes dans un devis mixte (qualitatif et quantitatif), Hendin *et al.* (2004) constatent que les 13 présentant un profil de détresse sévère se distinguent de leurs autres collègues par la présence d'au moins un des quatre éléments circonstanciels suivants ayant contribué significativement à leur détresse : 1.) décès du patient suivant une crise à risque suicidaire imminent où le thérapeute fut incapable de l'hospitaliser; 2.) perception par le thérapeute qu'une décision ou une intervention de sa part a contribué au suicide; 3.) réactions négatives suite au GSP de la part des supérieurs ou des administrateurs de l'établissement où pratique le thérapeute; 4.) peur d'une poursuite légale par les proches du patient décédé. Afin de mieux rendre compte de la complexité de l'expérience que font les thérapeutes de la PPS et des particularités qui modulent l'intensité de leur détresse, les auteurs insistent par ailleurs pour que ces facteurs situationnels (extraits qualitativement) soient interprétés à la lumière des profils de réactions émotionnelles qui les accompagnent (dégagés quantitativement). Il apparaît que en outre que les thérapeutes ayant connu une détresse sévère rapportaient une prédominance de chagrin (*grief*) et de culpabilité à des degrés d'intensité élevés, ce qui ne fut pas le cas du groupe de thérapeutes dont la détresse était plus modérée. Conjuguées aux facteurs circonstanciels, ces émotions constitueraient, selon Hendin *et al.* (2004), de bons indicateurs des caractéristiques

fondamentales ayant contribué à l'expérience d'une détresse sévère par les thérapeutes. Dans une discussion relativement brève, les auteurs considèrent essentiellement l'expérience d'un chagrin intense comme étant révélatrice d'une connexion émotionnelle et d'une implication profondes du thérapeute avec le patient décédé. Encore ici, la nature de la relation thérapeutique et surtout son investissement par le thérapeute, ainsi que nous le verrons plus loin, apparaît comme médiateur principal de l'impact des facteurs circonstanciels. La culpabilité fut rapportée pour sa part en lien avec les facteurs circonstanciels de reproches de la part des proches du patient ou de l'établissement, et avec l'impression (corroborée ou non par des reproches extérieurs) du thérapeute d'avoir contribué au suicide par une erreur dans le processus de traitement. L'étude consiste en somme en l'analyse qualitative des cas de quelques thérapeutes ayant présenté une détresse statistiquement supérieure à celle de leurs collègues dans le contexte de la PPS, et permet difficilement une généralisation des facteurs contextuels dégagés, au-delà des préoccupations et de l'expérience généralement rapportées dans la littérature scientifique sur le sujet. Ceci étant dit, et sans guère d'élaboration, les auteurs présentent néanmoins des pistes intéressantes pour s'interroger sur les facteurs de protection contre l'expérience d'une détresse sévère. Ces facteurs, nous le verrons plus loin, émanent essentiellement du thérapeute.

De façon récurrente et quasi unanime, chez les novices comme les cliniciens aguerris, le facteur circonstanciel le plus menaçant et stressant constitue la peur des poursuites judiciaires (Alexander *et al.*, 2000; Coverdale *et al.*, 2007; Grad & Michel, 2005; Hendin *et al.*, 2004; H. Sudak, 2007; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting *et al.*, 2006). Sous une forme ou une autre, la peur des représailles, qu'elles soient disciplinaires par l'établissement ou judiciaires par la famille du client décédé, constituait l'élément le plus fortement associé à une détresse sévère chez les cliniciens, ou du moins celui qui était généralement appréhendé le plus défavorablement. La saillance de cette crainte évoque les défenses projectives narcissiques décrites plus haut, et nous semble à cet égard pouvoir être considérée comme symptôme plutôt que comme facteur causal de la détresse et du stress des thérapeutes dans le contexte du GSP. De toute évidence, les poursuites judiciaires et autres représailles constituent des éléments venant appuyer sur la possibilité de blâme pesant sur le thérapeute, celle qu'il ait commis une faute professionnelle, et viennent de ce fait l'exposer et le confronter publiquement à son sentiment d'échec et de culpabilité, voire d'incompétence et de honte dans les cas les plus graves. La peur de telles représailles peut ainsi venir rejouer sur une scène externe un dialogue opposant le clinicien avec une figure surmoïque interne plus ou moins sévère, soulignant la difficulté du sujet à vivre à la hauteur des standards de

son idéal du moi professionnel. C'est en cela que la peur des représailles peut constituer le reflet d'une blessure narcissique professionnelle chez le clinicien, et émaner du thérapeute davantage que du contexte. Ceci étant, peut-être pour des raisons de simplification, ce facteur demeure traité par les auteurs comme un élément circonstanciel.

Toujours dans le registre de la blessure narcissique et de l'humiliation potentielle, Alexander *et al.* (2000) mentionnent finalement la peur de publicité dans les médias concernant le GSP, comme facteur ayant accentué la détresse de leurs sujets suite à l'incident. Pour des raisons évidentes, la peur du jugement devient d'autant plus saillante pour le clinicien lorsque l'événement est médiatisé. Ce ne sont plus seulement les collègues et supérieurs, ou les proches du client qui peuvent présumer de ses fautes possibles, mais maintenant le grand public dans son ensemble, d'où la crainte accrue d'une humiliation. Ceci dit, la diffusion médiatique de tels incidents demeure plus rare, ce qui explique peut-être les rares mentions d'un tel facteur dans la littérature empirique.

2.2.2 Contexte

Nous distinguons facteurs circonstanciels et contextuels de la façon suivante : alors que les circonstances désignent de manière plus restreinte les caractéristiques du GSP en tant que tel ainsi que ce qui l'entoure comme conséquence plus ou moins directe, le contexte désigne plutôt les propriétés professionnelles et environnementales du cadre déjà en place au moment où survient le GSP. En termes d'éléments contextuels, Grad (1996) énumère en vrac : le contexte professionnel dans lequel le patient était suivi par le thérapeute (E. J. Anderson, 1999; Grad, 1996), la responsabilité professionnelle du thérapeute (individuelle versus en équipe) (Grad, 1996; Grad & Michel, 2005), et la présence de supervision continue pour le thérapeute durant le processus. Par « contexte professionnel », nous supposons que Grad désigne les différents cadres dans lesquels les patients peuvent être suivis, notamment interne (i.e. une hospitalisation) versus externe (p. ex. en pratique privée ou tout autre contexte où le patient est libre de ses allers et venues). Bien sûr, le contexte professionnel est fortement corrélé au type de clientèle qui y est suivie, mais il ne doit pas y être réduit. En effet, au-delà des problématiques traitées, le contexte professionnel se caractérise par un environnement social spécifique, ainsi que par une structure organisationnelle et des procédures particulières. Le clinicien en milieu hospitalier suit ainsi non seulement des patients (souvent) plus sévèrement hypothéqués au plan psychopathologique,

certaines, mais son environnement se distingue aussi de celui de son homologue en pratique privée par la présence de collègues, de supérieurs hiérarchiques ou administratifs, et de procédures institutionnelles et administratives considérables, que le GSP vient solliciter brutalement de façons diverses. La question de la responsabilité professionnelle se trouve également confondue dans le contexte professionnel et, si elle peut représenter une hypothèse légitime et intéressante pour moduler l'impact du GSP, elle n'a fait l'objet d'aucun appui empirique à ce jour.

De son enquête qualitative menée auprès de sept thérapeutes, Anderson (1999) dégagait que l'un de ses répondants travaillant auprès de patients souffrant de troubles sévères et persistants rapportait davantage de facilité à accepter et intégrer le GSP que ses collègues suivant des patients à l'externe. Le contexte et la clientèle demeurent ici confondus, aussi est-il difficile de savoir ce qui contribuait le plus à la fluidité de ce processus. Avant son explication sur le rapport à l'environnement social, Horn (1994) suggère également que le contexte de traitement influence la réaction du clinicien au GSP. Il affirme que les thérapeutes oeuvrant en contexte hospitalier rapportent un sentiment de pression des collègues à compléter rapidement leur deuil et à préparer une explication rationnelle et objective, alors que les cliniciens en externe ou en pratique privée rapportent davantage de sentiments de solitude et d'isolement. À l'instar de Deutsch (1983), nous sommes d'avis que l'isolement n'est aucunement l'apanage de la pratique privée, et qu'au contraire, la proximité des collègues et de leur jugement potentiel après le GSP peut rendre d'autant plus saillante l'expérience d'isolement pour le clinicien. Ceci étant dit, les collègues et supérieurs constituent autant de cibles pour les défenses projectives d'un clinicien narcissiquement blessé par le GSP, et peuvent certainement contribuer à accentuer sa détresse, certes, mais ils peuvent également constituer une source essentielle de soutien, pour peu que le clinicien soit en mesure de les utiliser. Dans le domaine plus général du stress professionnel, Deutsch (1983) constatait par ailleurs des corrélations significatives entre le contexte de pratique des psychothérapeutes et leur niveau de stress vécu au travail, la pratique privée étant associée à moins de stress lié aux comportements des clients que la pratique en contexte institutionnel. Encore ici, difficile de distinguer les éléments les plus déterminants dans ce constat, entre la clientèle et les autres propriétés du cadre professionnel. Explorant les facteurs liés au risque d'occurrence et aux impacts du suicide d'un patient chez 642 psychologues et psychiatres, Chemtob et collègues (1989) ont notamment constaté que le type de clientèle traitée par le clinicien avait un impact sur l'intensité du stress qu'il vivait suite au GSP. Plus spécifiquement, le travail auprès de clients présentant des problèmes de toxicomanie fut associé à un niveau

significativement plus faible de stress suite au GSP, que pour d'autres types de clientèle. Il s'agit là du seul résultat empirique rigoureux supportant l'effet de la clientèle sur l'impact du GSP. Cette recherche révélait par ailleurs que le contexte de pratique (travailler en hôpital psychiatrique ou dans l'aile psychiatrique d'un hôpital général) fut très fortement associé aux risques d'occurrence du suicide d'un patient, mais pas à l'intensité des impacts du suicide en question sur les cliniciens. Les auteurs concluent que le GSP affecte globalement tous les cliniciens avec une relative force, et ce peu importe leur contexte de pratique. Il semble en être de même pour le type de clientèle ou de problématique traitées : si certaines d'entre elles influencent les probabilités de survenue d'un suicide, elle n'influenceraient essentiellement ses impacts qu'à travers la relation thérapeutique et surtout la manière dont le thérapeute la porte et l'investit. Les facteurs liés à la relation thérapeutique seront détaillés plus loin.

Dans son énumération, Grad (1996) mentionne finalement la présence de supervision continue pour le thérapeute tout au long du processus thérapeutique, comme facteur influençant les réactions personnelles du clinicien suite au GSP. Ce facteur pourrait certes appartenir à l'environnement social (*cf.* point suivant), mais peut aussi s'inscrire dans les facteurs contextuels au sens où nous l'avons défini plus haut. Donc au-delà du soutien interpersonnel apaisant qu'il peut fournir au thérapeute traversant une crise comme le GSP, le superviseur envisagé comme élément du cadre professionnel et ayant été présent tout au long du processus thérapeutique du client, peut sans doute jouer sur l'impression du thérapeute de n'être pas le seul à n'avoir pas vu les signes précurseurs du GSP. On imagine que le clinicien peut interpréter cela comme un certain partage de la responsabilité.

La charge de travail du psychothérapeute est parfois associée à une réaction plus intense au GSP. Chemtob et collègues (1989) fournissent en fait la principale démonstration empirique de l'impact de cette variable sur l'intensité de la réaction au GSP. Ils constatent que le nombre d'heures hebdomadaires consacrées à la psychothérapie est positivement corrélé à l'intensité de la réaction aiguë de stress des cliniciens suite au GSP. Invoquant la charge de travail comme facteur général de stress professionnel (Farber & Heifetz, 1981; Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1986), les auteurs ne parviennent cependant pas à statuer à savoir si un tel résultat est attribuable au fait d'un niveau de stress globalement plus élevé chez les thérapeutes qui travaillent davantage, au fait d'un impact accru du GSP chez ceux-ci, ou à une interaction des deux causes possibles. Autrement dit, il est difficile de déterminer si le stress général a pour effet de gonfler

indirectement les réponses à l'IES, ou s'il influence intrinsèquement l'expérience du GSP et du même coup l'intensité des réactions. Un peu plus tard, Horn (1994) évoque à son tour la littérature sur le burnout et le stress professionnel (Farber & Heifetz, 1981, 1982; Hellman *et al.*, 1986; Hellman, Morrison, & Abramowitz, 1987a) pour chercher une explication au phénomène constaté par Chemtob et collègues. La charge de travail et le stress professionnel font l'objet d'un lien récurrent dans la littérature scientifique (p.ex. Deutsch, 1983; Linley & Joseph, 2007), soit, mais il demeure effectivement impossible de dégager la véritable contribution de cet élément dans le contexte spécifique des réactions au GSP. Finalement, il semble, d'après les observations de Munson (2009), que la charge de travail soit également liée au potentiel de CPT du clinicien après le GSP. L'auteure explique simplement ce constat à partir de la théorie de Joseph et Linley (Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne *et al.*, 2007) sur la croissance dans l'adversité, suggérant qu'un cumul de stress importants (comme un grand nombre d'heures de travail avec des clients suicidaires) qui ébranlent fortement les convictions profondes du sujet, peut accroître le potentiel de croissance de ce dernier. Dans la mesure où cette théorie postule qu'un bouleversement en profondeur est nécessaire à la CPT, on suppose que Munson (2009) déduit que tout facteur fragilisant le thérapeute devrait être associé à un plus grand potentiel de croissance. Au plan phénoménologique, la charge de travail n'a autrement jamais été mentionnée comme pouvant moduler particulièrement l'expérience de PPS chez les thérapeutes, ce qui nous laisse croire que c'est en effet probablement en tant que stressor général qu'elle influence indirectement l'intensité des réactions de stress des cliniciens.

2.2.3 Environnement social

Le facteur contextuel de l'environnement social se mérite ici une catégorie à part entière en raison de l'unanimité dont il fait l'objet dans la littérature sur la PPS, autant comme ressource que comme objet phobique. C'est ainsi que le soutien des collègues émerge généralement comme étant la stratégie d'adaptation jugée la plus aidante par les cliniciens sondés empiriquement (Alexander *et al.*, 2000; Balon, 2007; Hamaoka *et al.*, 2007; Hamel-Bissell, 1981; Henry, 2006; Henry *et al.*, 2004; Horn, 1995; Kapoor, 2008; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting *et al.*, 2006). De même, le recours au soutien des pairs constitue également la stratégie adaptative la plus largement recommandée pour la post-vention en matière de PPS (Balon, 2007; Coverdale *et al.*, 2007; Kapoor, 2008) et de façon plus générale pour la prévention de l'épuisement

professionnel (p.ex. Brems & Johnson, 2009). À la négative, la peur du jugement des pairs demeure l'une des hantises les plus importantes derrière la peur des poursuites légales (p.ex. Coverdale *et al.*, 2007; H. Sudak, 2007; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Ting *et al.*, 2006). C'est dire l'importance que revêtiront les pairs pour le clinicien éprouvé, et surtout la position qu'ils adpoteront vis-à-vis ce dernier. De toute évidence, la PPS étant l'événement le plus appréhendé par la vaste majorité des cliniciens (97,2%), il paraît logique que sa survenue en fasse l'un des plus difficiles à confesser (Pope & Tabachnick, 1993). C'est probablement la raison pour laquelle Worden (2009) décrit, en guise de facteur lié à l'environnement social, un cas où le thérapeute ne pourrait ou ne souhaiterait parler de l'événement à son entourage professionnel ou personnel. De nombreuses raisons n'appartenant pas à l'environnement social peuvent évidemment s'exprimer dans une telle incapacité de dévoilement. C'est pourquoi nous élaborerons notamment plus loin les enjeux de personnalité susceptibles de moduler la manière dont le thérapeute investirait l'environnement social suite à une expérience de PPS. Formulé autrement, on pourrait dire que le caractère bienveillant ou non de l'environnement social modulera l'expression situationnelle de la personnalité du thérapeute, et l'interaction de ces facteurs déterminera en partie l'expérience que fera le thérapeute du GSP. Retenons néanmoins pour l'instant l'idée voulant que l'environnement social pourrait, par la manière dont il est appréhendé par le clinicien, accentuer l'intensité de la réponse de stress, comme il pourrait au contraire favoriser le processus d'assimilation de l'expérience de PPS. D'autres facteurs sous-jacents à ces phénomènes mériteront d'être développés, ce que nous ferons plus loin.

2.3 Facteurs liés à la relation thérapeutique

2.3.1 Contributions du client

Ainsi qu'on le constatera, la majorité des facteurs modulant l'intensité de la réaction des cliniciens à la PPS émane principalement des cliniciens eux-mêmes. Certains auteurs ont certes fait mention de la relation thérapeutique comme facteur influent (Gorkin, 1985; Horn, 1995; Worden, 2009), mais une analyse plus approfondie révèle que c'est surtout l'investissement par le thérapeute de la relation thérapeutique qui est en cause dans la modulation de l'intensité des réactions. Cela dit, par souci d'exhaustivité, nous incluons quand même un élément que l'on pourrait attribuer de façon relativement plus pure aux contributions du client, à savoir la signification transférentielle pouvant être attribuée au GSP. C'est ce que Grad (1996) semble

suggérer lorsqu'elle mentionne la compréhension du geste suicidaire par le thérapeute, comme facteur influençant la réaction de ce dernier. Encore une fois, il ne s'agit pas là d'une donnée tellement objectivable et son interprétation peut dépendre largement du point de vue du thérapeute qui la formule, mais retenons tout de même l'idée voulant que la réaction du thérapeute pourrait être influencée par l'intention qu'il attribue à son client dans le geste posé. La littérature ne nous permet cependant aucune règle ou prédiction quant à la direction d'une telle influence. Par exemple, si les suicides dits hostiles à l'égard de l'entourage (famille, proches, etc.) sont réputés pour intensifier la détresse des survivants, on peut seulement supposer qu'il en serait de même pour les cliniciens, parce qu'aucune donnée empirique ne supporte concrètement cette hypothèse.

2.3.2 Attachement et lien affectif

Un second volet central des facteurs liés à la relation thérapeutique concerne l'attachement et le lien affectif qui unissait le thérapeute au client. Encore une fois, cette catégorie est surtout définie par l'investissement que faisait le thérapeute de son client, mais nous en faisons ici un volet à part entière pour cibler plus précisément la dimension réelle (par opposition à transférentielle) du lien thérapeutique, plus proche de la notion d'alliance thérapeutique. La catégorie que nous nommerons plus bas les « contributions du thérapeute » désignera davantage les aspects pathologiques contre-transférentiels ou transférentiels de l'investissement par le thérapeute d'une relation thérapeutique donnée, et susceptibles de le laisser fortement ébranlé par le GSP. Plus bas encore, la catégorie générale (même niveau hiérarchique que le contexte et la relation thérapeutique) des facteurs modulateurs liés au thérapeute référeront également aux caractéristiques du thérapeute pouvant moduler sa réaction, mais considérées de manière relativement indépendante de sa relation spécifique avec le client ayant posé le geste suicidaire. Il y sera question de variables comme le fonctionnement et le développement professionnel du clinicien, ainsi que tout ce qui concerne sa personne et qu'il apporte dans son travail, préalablement à la structuration de telle ou telle relation thérapeutique spécifique.

Relativement au lien émotionnel au sein de la relation thérapeutique, Grad (1996) suggérait que la durée du processus thérapeutique, l'engagement professionnel investi par le thérapeute ainsi que son implication émotionnelle et sa proximité avec le patient, étaient

susceptibles d'accentuer la détresse du clinicien advenant la PPS. Cette énumération trouve notamment écho dans les constats empiriques de Horn (1995), qui trouvait une corrélation positive entre l'intensité du lien (alliance thérapeutique) et sa durée, et l'intensité de la réaction aiguë de stress du thérapeute suite au GSP. De même, Lapp (1986) remarquait que le facteur de l'implication émotionnelle du thérapeute avec son patient, avec celui du niveau de culpabilité du thérapeute, était significativement lié à la sévérité de la réaction d'endeuilement du thérapeute suite au GSP. Plus récemment, Anderson (1999) concluait également à partir de son enquête qualitative, que les impacts du GSP sur les thérapeutes étaient principalement liés au niveau d'implication personnelle et professionnelle avec le client et à des facteurs personnels aux thérapeutes.

2.3.3 Contributions du thérapeute

On l'a évoqué plus haut : à toutes fins pratiques, la relation thérapeutique n'a essentiellement d'impact sur la réaction du clinicien au GSP qu'à travers la manière dont le thérapeute l'investit. Les tendances individuelles du thérapeute à tel ou tel type d'investissement de la relation thérapeutique, indépendamment du client, se retrouvent à la section suivante comme facteur lié au thérapeute, mais nous ferons ici quelques commentaires sur les contributions du thérapeute à une relation avec le client ayant posé le geste suicidaire, envisagée comme conjonction unique d'un thérapeute et d'un client, avec des dynamiques et une trajectoire historique particulières.

Dans ses commentaires sur les médiateurs de l'endeuilement par suicide chez les thérapeutes, Worden (2009) fait état de facteurs dit relationnels, mais qui s'avèrent essentiellement liés à la nature de l'investissement de la relation thérapeutique par le thérapeute. Il mentionne d'abord la possibilité d'un lien de dépendance narcissique au sein de la relation thérapeutique, suggérant que le degré selon lequel la cohésion narcissique et le sentiment de compétence du thérapeute reposent sur la qualité de la relation et le déroulement du processus thérapeutique aura un impact déterminant sur la manière dont le thérapeute traversera l'expérience de PPS. L'auteur avance également l'idée qu'un investissement ambivalent du patient par le thérapeute pourrait avoir des répercussions sur le processus de deuil que connaîtra le thérapeute. L'ambivalence n'est cependant pas élaborée davantage, aussi est-on laissé à supposer qu'une relation où la nature des sentiments du thérapeute pour le client n'est pas claire,

peu importe la nature de l'ambivalence, sera plus difficile et complexe à métaboliser pour le thérapeute advenant la PPS. Ces éléments semblent rejoindre certains cas de figures énoncés par Maltzberger (1992, cf. plus haut) pour expliquer les déterminants d'une réponse de deuil pathologique par les thérapeutes suite à la PPS. Il est intéressant de constater que ce que l'on entend vraisemblablement par « facteurs relationnels » lorsque l'on examine les réactions du thérapeute au GSP, semble concerner essentiellement la relation thérapeutique telle que portée par celui-ci, en termes de ce qu'elle semblait représenter pour lui et des enjeux contre-transférentiels (et transférentiels) qu'il pouvait y déplacer. Cette question complexe touche autant aux motivations profondes du clinicien pour avoir d'abord choisi le métier de psychothérapeute (Farber, Manevich, Metzger, & Saypol, 2005; Norcross & Farber, 2005; Sussman, 2007), qu'à ses besoins ou conflits développementaux spécifiquement interpellés dans telle ou telle relation thérapeutique donnée, qu'on nommera généralement contre-transfert ou parfois transfert du thérapeute (Gelso & Hayes, 2007; Jaenicke, 2008; Laine, 2007), et qui interviennent souvent dans le travail thérapeutique longtemps avant l'expérience de PPS proprement dite (Gabbard, 2003). Nous reviendrons plus loin sur la question spécifique de la dépendance narcissique du thérapeute, mais concluons seulement pour l'instant que les caractéristiques de la relation thérapeutique susceptibles d'affecter le thérapeute semblent concerner des relations où la distance relationnelle n'est pas claire (investissement ambivalent par le thérapeute) et où les besoins narcissiques du thérapeute peuvent exercer une pression préjudiciable à la qualité de sa présence dans le travail thérapeutique.

Sous la bannière de la relation thérapeutique, les facteurs attribués ailleurs au patient, comme le diagnostic ou la sévérité du geste suicidaire, n'auraient donc possiblement de poids qu'à travers leur contribution à la manière dont le thérapeute envisage la relation et le processus thérapeutiques. C'est notamment ainsi que Chemtob et collègues (1989) interprètent les réactions plus faibles chez les thérapeutes œuvrant auprès d'une clientèle souffrant d'abus de substances, comparativement à ceux travaillant avec d'autres types de problématiques : sentant possiblement qu'ils ont une influence moindre dans le processus thérapeutique avec les patients toxicomanes, les thérapeutes s'attribueraient aussi une responsabilité moindre dans les comportements de ces derniers.

Finalement, le facteur de la relation thérapeutique semble également se résumer à des contributions du thérapeute pour Gorkin (1985), qui souligne que la réaction du clinicien à la PPS

dépendra du degré selon lequel l'attachement du thérapeute pouvait le mener à éprouver de l'hostilité ou de la colère, conscientes ou non, envers son patient, quels que soient les motifs (perte, trahison, abandon, etc.). Ce critère rejoint évidemment le thème de l'hostilité sous-jacente aux réactions mélancolique et de réparation décrites par Maltzberger (1992), autant que les investissements ambivalent et de dépendance narcissique présentés plus tard par Worden (2009), lesquels rappellent en définitive que la blessure subie par le thérapeute suite au décès de son patient sera principalement colorée par les fragilités que portait déjà le thérapeute et qu'il avait déjà investies dans la relation thérapeutique.

2.4 Facteurs liés au thérapeute

2.4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Sexe

Si la littérature suggère que les facteurs à l'influence la plus décisive sur les réactions à la PPS émanent essentiellement du thérapeute lui-même, les principales variables ayant été validées empiriquement et de manière quantitative comptent essentiellement des éléments sociodémographiques, notamment le sexe du thérapeute. Il fut rapporté que les thérapeutes de sexe féminin étaient davantage sujets à vivre de la honte et de la culpabilité (Grad *et al.*, 1997; Lapp, 1986), à manifester un besoin de consolation et à questionner leurs connaissances professionnelles (Grad *et al.*, 1997), et à vivre un niveau de détresse considéré comme sévère (Hendin *et al.*, 2004). Lorsque sondées au moyen d'un instrument standardisé comme l'IES, les thérapeutes de sexe féminin s'avéraient parfois les seules à présenter des réactions de stress d'intensité cliniquement significative, révélant des réactions supérieures à celles des hommes en termes d'intrusion et d'évitement, tant dans le premier mois suivant l'événement qu'à plus long terme (Henry *et al.*, 2008). Ailleurs, chez les travailleurs sociaux en santé mentale, hommes et femmes se distinguaient significativement également, mais ces dernières ne présentaient des scores supérieurs qu'en termes d'intrusion, alors que leurs scores étaient d'intensité moindre que ceux des hommes en termes d'évitement (Jacobson *et al.*, 2004). Ailleurs encore – et cela demeure majoritaire –, on n'observait tout simplement pas de différences significatives entre hommes et femmes (p.ex. McAdams & Foster, 2000).

Constatant que 30% de leurs sujets féminins affirment avoir éprouvé de la honte alors qu'aucun homme n'en fait mention, Grad *et al.* (1997) suggèrent que certains concepts (p. ex. la honte) puissent possiblement avoir une signification différente selon le sexe. De façon générale, ces auteurs attribuent largement les différences sexuelles à l'histoire développementale et à l'éducation, qui façonnent la représentation et la place occupée par le clinicien dans son environnement professionnel et social et, par conséquent, la manière et le degré selon lequel le clinicien s'autorisera à contacter ses émotions, à en parler et à les manifester ouvertement dans ce contexte d'endeuillement professionnel (Grad & Michel, 2005; Grad *et al.*, 1997). C'est, selon les auteurs, ce qui explique les différences sexuelles quant au contenu des réactions émotionnelles rapportées, autant qu'en ce qui a trait aux stratégies d'adaptation employées. Hommes et femmes seraient ainsi influencés différemment par le contexte social, notamment en ce qui a trait à la manière dont on s'attend qu'ils expriment leurs émotions et qu'ils composent avec le problème. Notons ici la différence sexuelle pourrait ainsi concerner non pas l'expérience émotionnelle liée à la PPS autant que son expression, i.e. la manière dont elle est extériorisée. Henry *et al* (2008) invoquent également une théorie de la socialisation pour comprendre les différences sexuelles au sein de leur échantillon en termes de réaction à la perte. Se référant aux propos de Martin et Doka (2000) sur les diverses réactions à la perte, les auteurs suggèrent que la socialisation inciterait différemment hommes et femmes quant au type de réaction à adopter, soit plus intuitives et orientées vers les émotions chez les femmes, et plus instrumentales, cognitives et orientées vers les solutions du côté des hommes. Ailleurs, sans véritablement chercher à expliquer le phénomène, Hendin *et al* (2004) soulignent que cette différence sexuelle est conséquente avec d'autres observations selon lesquelles le deuil en général (Cleiren, Diekstra, Kerkhof, & Van Der Wal, 1994; Doka, 2003; Hanus, 2003; Lester, 1993; Martin & Doka, 2000; Parkes, 1986; Rando, 1984) et l'endeuillement par suicide en particulier (Fisher, 2000) constitueraient des expériences plus éprouvantes pour les femmes que pour les hommes. Ce résultat pourrait également présenter un lien avec certains constats suggérant que les thérapeutes de sexe féminin seraient de meilleurs candidats à connaître de la fatigue de compassion (Sprang *et al.*, 2007) et à souffrir de stress traumatique secondaire ou de traumatisme vicariant (Brady, Guy, Poelstra, & Brokaw, 1999; Kassam-Adams, 1995; Meyers & Cornille, 2002).

Mais au-delà de l'éducation et de la socialisation, il semble que les différences sexuelles en termes d'intensité de réactions s'expriment essentiellement à travers leur contribution à la

relation thérapeutique. Henry *et al.* (2008) rapportent que deux facteurs s'avèrent significativement associés à l'intensité de la réaction chez les femmes : la proximité affective avec le patient, et le fait de n'avoir pas su que le patient était suicidaire. Si le dernier facteur touche à la blessure narcissique professionnelle et paraît peu pertinent dans le contexte de l'étude de l'effet modulateur du sexe, le premier facteur semble en revanche plutôt intéressant de ce point de vue. Évoquant l'analogie entre la relation thérapeutique et la relation parentale, pierre d'assise de la théorie psychanalytique, Henry *et al.* (2008) suggèrent que les femmes seraient peut-être prédisposées à réagir plus vivement à la PPS, parce que leur construction socio-développementale imprime chez elles une forte proportion d'attributs relationnels liés aux soins, à la coopération, à l'attention et à la sensibilité à autrui. L'intensité accrue de la réaction des femmes s'expliquerait ainsi à travers la relation thérapeutique, i.e. par la manière peut-être différente qu'auraient naturellement les femmes de l'investir (Gabbard & Lester, 1995; Lester, 1993). Dans le même ordre d'idées, Anderson (2005), une clinicienne d'orientation féministe, fait état de l'importance des processus identificatoires qui ont fortement influencé sa manière d'investir sa patiente du même sexe qu'elle, et qui ont constitué le levier de résolution de son deuil après le suicide de la patiente. Sous cet angle, le sexe du thérapeute peut ainsi être une variable importante à considérer dans l'examen de la réaction du thérapeute mais, à nouveau, d'une façon relative à sa participation à la construction du lien thérapeutique avec le client (également sexué), plutôt que comme variable sociodémographique statique.

Âge

L'âge du thérapeute figure également dans quelques recherches comme variable sociodémographique susceptible d'influencer l'intensité de la réaction des cliniciens à la PPS. Chemtob *et al.* (1988) rapportaient un lien négatif entre l'âge des psychiatres recensés et l'intensité de leurs réactions personnelles et professionnelles au GSP, réitérant les injonctions de Brown (1987a) relativement à l'importance d'intervenir tôt dans la carrière des cliniciens pour leur offrir des ressources et un encadrement dans le contexte de la PPS. Kleespies *et al.* (1993) constataient également que leurs stagiaires les plus jeunes connaissaient une réaction plus intense et durable suite à la PPS que leurs collègues plus âgés. Cet effet de l'âge n'était toutefois pas constaté dans les groupes où le GSP était une tentative sans décès du patient. Plus récemment, McAdams et Foster (2000), rapportaient que l'âge des cliniciens était négativement corrélé à l'intensité de bon nombre de réactions professionnelles, dont la propension à hospitaliser, la

préoccupation accrue pour les enjeux entourant la mort et le mourir, l'augmentation de la fréquence des consultations cliniques, la remise en question de la valeur personnelle, les perturbations du sommeil et la culpabilité. Mais les auteurs rapportaient également un effet analogue du nombre d'années de pratique sur l'intensité des réactions.

Dans son investigation des facteurs liés au stress professionnel chez les cliniciens, Deutsch (1983) constatait un lien négatif fort et récurrent entre l'âge et le niveau général de stress rapporté par les psychothérapeutes. Elle suggérait néanmoins avec justesse que cette corrélation découlait plutôt de l'expérience que de l'âge en tant que tel, articulant son explication de cet effet autour d'un phénomène relié à l'apaisement avec le temps, de la tension chez le clinicien entre les idéaux et la réalité. Le thérapeute plus expérimenté (souvent plus vieux, certes) « n'est plus en quête de sauver le monde, il a trouvé un équilibre viable entre ses idéaux et la réalité. Ces professionnels plus âgés ont résolu une part de la désillusion observée par Cherniss (1980) » (Deutsch, 1983, p. 127, traduction libre). Notre position rejoint tout à fait celle de Deutsch concernant la question des idéaux. Ainsi qu'il sera discuté plus loin lorsque nous introduirons le modèle de Skovholt et Ronnestad (1992), nous pousserions même plus loin la distinction qu'introduit l'auteure, pour substituer la notion de développement à celle d'expérience comme facteur clé dans l'apaisement du stress lié aux aléas de la pratique professionnelle. Nous estimons que ces notions sont valables dans le contexte général du stress professionnel chez les cliniciens, et qu'elles le sont d'autant plus dans celui de la PPS.

2.4.2 Facteurs professionnels

Afin de classer les facteurs professionnels liés au thérapeute, nous empruntons la terminologie de Bennett-Levy (2006), qui propose un modèle cognitiviste de la structure et du développement du self professionnel du psychothérapeute, selon une articulation dynamique de trois systèmes (déclaratif, procédural, réflexif) inspirée de la métaphore du traitement de l'information. Les catégories de Bennett-Levy ne sont utilisées ici qu'à des fins de classification, et il va sans dire que certains facteurs parfois complexes présentés dans le tableau 2.1 pourraient aisément appartenir à plus d'une catégorie à la fois, étant donné la nature dynamique des liens entre les trois systèmes.

Registre déclaratif / épisodique

Le registre déclaratif est constitué d'éléments de contenu, de connaissances, de faits. Nous ajoutons la notion d'épisodique afin d'inclure les facteurs modulateurs énoncés dans la littérature sur la PPS comme des faits, des éléments biographiques susceptibles d'influencer la réaction des cliniciens au GSP. La plupart des éléments rapportés ici proviennent d'énumérations présentées dans la littérature sans guère d'élaboration. Aussi on ne peut que supposer que l'influence modulatrice de tels éléments réside sans doute ultimement – comme l'essentiel de ce que nous postulons ici – dans la manière relativement unique dont elle s'exprime et est filtrée à travers la personne du thérapeute. Le déclaratif/épisodique, n'a d'impact qu'à travers sa relation dynamique incontournable avec les deux autres systèmes, et inversement.

Connaissances cliniques, théoriques, philosophiques, compréhension des troubles psychologiques et de la maladie mentale

Au sein d'un ensemble complexe de facteurs qu'ils nomment la « vocation du thérapeute », Grad et Michel (2005) mentionnent que les connaissances qu'apporte le thérapeute dans le processus thérapeutique influencent sa réaction à la PPS. Les autres éléments de la catégorie « vocation » nous semblent appartenir au registre procédural, et seront donc élaborés plus loin. De toute évidence, les connaissances déclaratives du clinicien influencent certainement sa réaction à la PPS. Encore faudrait-il préciser le type de connaissances dont on parle. En examinant les questionnaires sociodémographiques tirés des études sur la PPS, on peut déduire que des connaissances en matière de crise suicidaire (prévention, dangerosité, intervention de crise, post-vention) pourraient notamment être pertinentes. Mais au-delà de ce qui paraît intuitivement sensé, des connaissances en cette matière n'ont à ce jour fait l'objet d'aucune démonstration empirique quant à leur impact sur l'intensité des réactions des cliniciens à la PPS. Dans la même optique, citant Motto (1979), Grad (1996) affirme que les antécédents philosophiques, théoriques et cliniques du thérapeute teintent sa réaction au GSP. Il est sans doute raisonnable de penser que les connaissances du thérapeute colorent qualitativement son expérience de la PPS davantage qu'elles n'en affectent l'intensité quantitative. Cela évoque un problème d'évaluation et d'investigation de l'expérience de PPS, une dialectique entre le qualitatif et le quantitatif que nous n'avons pas pour objectif de solutionner ici. Gardons néanmoins à l'esprit que ces deux dimensions sont indissociables dans l'étude du phénomène de

la PPS, et que l'absence d'impact quantitatif des connaissances, par exemple, ne nous permet rien de conclure en une absence d'impact qualitatif.

Toujours au chapitre des connaissances déclaratives du thérapeute, Hamel-Bissell (1981) retire de son enquête qualitative menée auprès de 11 infirmières psychothérapeutes, que la compréhension des troubles psychologiques et de la maladie mentale notamment, parmi d'autres facteurs, influence le cheminement de développement professionnel des cliniciennes en regard du travail avec des patients suicidaires. C'est dire qu'une évolution dans leur compréhension clinique serait corrélée à un changement dans leur perspective face au travail des problématiques suicidaires et, par extension, face au GSP. Les hypothèses sont pour le moins nombreuses afin de comprendre ce phénomène. D'emblée, on peut penser à la question du diagnostic du patient, ainsi qu'au facteur cité plus haut (comme contribution du client à la relation thérapeutique) concernant la compréhension qu'avait le thérapeute du GSP (pas le phénomène général, mais l'incident spécifique). Il paraît à nouveau fort raisonnable de supposer qu'en effet, les connaissances cliniques du thérapeute teinteront son intégration expérientielle des éléments contextuels cités plus haut (type de suivi/clientèle), autant que la lecture qu'il fera du GSP.

Expériences antérieures de PPS

Dernier élément épisodique – non négligeable – susceptible d'influencer la réaction des cliniciens à la PPS selon notre revue de littérature : les expériences antérieures de PPS. Hamel-Bissell (1981) en fait notamment mention comme élément affectant le changement de perspective des cliniciens face au travail auprès de patients suicidaires, soulignant qu'une première PPS engendre une brusque perte de naïveté, et impose forcément une certaine révision de la pratique professionnelle. Worden (2009) en fait également mention, mais comme facteur appartenant aux circonstances, ce qui fait peu de sens pour nous, sauf peut-être dans la mesure où on le considère comme une forme d'antécédent, de contexte duquel émerge phénoménologiquement l'expérience de PPS. Quoiqu'il en soit, le facteur mérite néanmoins que l'on s'y attarde, indépendamment de la catégorie dans laquelle on le range. Les impacts d'expériences multiples de PPS ont fait l'objet d'un faible nombre d'investigations empiriques et demeurent à ce jour une piste de recherche à approfondir selon certains auteurs (Ting *et al.*, 2006). On l'a vu plus haut, le principal impact de la PPS consisterait en une certaine reconnaissance par le thérapeute de ses limites et de sa responsabilité limitée, en une atténuation de son omnipotence, en une révision à la baisse de son

idéal du moi professionnel (E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005b; Kleespies *et al.*, 1993; Knox *et al.*, 2006; Moody, 2010; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006). En supposant qu'une première PPS ait eu ce genre d'impacts « positifs » sur le développement professionnel (Brown, 1987b; Kleespies *et al.*, 1990), peut-être peut-on en effet supposer qu'une certaine maturité professionnelle préserverait le thérapeute d'une réaction très intense à la survenue d'une perte ultérieure. Ce qu'il en a été dit jusqu'à présent suggère en fait que de tels impacts puissent se traduire non par une réaction d'intensité moindre, mais par des implications et un cheminement potentiellement différents en regard du processus de deuil et d'assimilation de la perte (James, 2005b). Par exemple, en même temps qu'il le confronte à la réalité du suicide des patients et le tire ce faisant hors d'un certain état de naïveté par la pression qu'il exerce sur l'effritement de la grandiosité, le cumul des PPS pourrait aussi alourdir les questionnements du clinicien quant à sa compétence professionnelle et exacerber ainsi son sentiment de culpabilité. Le thérapeute aguerri ne serait donc pas à l'abri d'une réaction initiale relativement forte; son attachement au patient demeure toujours aussi vif malgré les antécédents de PPS, et ses questionnements sur sa compétence pourraient aggraver sa réaction dans un premier temps. Mais son processus d'assimilation d'une telle expérience pourrait en revanche être facilité du fait qu'elle ne constitue pas pour lui une nouveauté aussi dissonante qu'au temps où il portait un idéal du moi professionnel plus grandiose. Une telle hypothèse demeure à vérifier empiriquement, et il n'existe pas d'études s'intéressant aux impacts à plus long terme de la PPS.

Registre procédural

Selon la proposition de Bennett-Levy (2006), le système procédural contient des éléments d'habiletés et de compétences reliées au savoir-faire et au savoir-être, et qui émanent des schémas de soi et de soi comme thérapeute. Par conséquent, cette section se trouve ici relativement peu étoffée, et pour cause, parce que la réaction du thérapeute au GSP a en fin de compte peu à voir avec ses compétences comme clinicien. Elle peut y être corrélée, certes, dans la mesure où, ainsi qu'on le verra plus loin, le niveau de développement professionnel semble être lié à l'intensité des réactions. Mais sans aller jusqu'à affirmer, à l'instar de Weiner (2005a), que c'est surtout à partir de ses enjeux personnels que réagit le thérapeute, force est de reconnaître que les compétences du thérapeute demeurent d'un relativement maigre secours pour aider le thérapeute à métaboliser une telle expérience. Nous avons constaté au chapitre précédent que la PPS semblait se répercuter peu

jusque dans la sphère personnelle des thérapeutes, aussi il semble qu'une interaction complexe entre le personnel et le professionnel (Gillmer & Marckus, 2003; Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Sussman, 2007) soit véritablement en cause dans la genèse des réactions des thérapeutes à l'expérience de PPS. Bennett-Levy (2006) inclut la personne du thérapeute dans le système procédural, mais nous en ferons une catégorie distincte de facteurs, présentée plus bas, pour bien distinguer le professionnel du personnel, et souligner l'importance du second, à tout le moins comme source d'influence principale des enjeux professionnels sollicités dans la réaction des thérapeutes au GSP. Rappelons aussi, pour terminer, les liens dynamiques et non mutuellement exclusifs des registres de notre classification, de sorte que les facteurs modulateurs répertoriés ici empruntent presque toujours à plusieurs registres à la fois.

En fait, les seuls auteurs à faire état de variables professionnelles procédurales relativement spécifiques influençant la réaction des thérapeutes au GSP sont Grad et Michel (2005). Dans leur facteur « vocation du thérapeute », ils mentionnent que le style de résolution de problème (approche / évitement), le mode de communication de l'expérience traumatique, et les stratégies d'adaptation (*coping*) du thérapeute auront un impact sur l'expérience qu'il fera du GSP, et surtout sur le processus qu'il connaîtra à plus long terme dans sa métabolisation de l'événement. Les points énumérés ne sont pas élaborés davantage et ne s'appuient pas sur des constats fondés empiriquement, mais ils paraissent néanmoins intuitivement plutôt sensés. En effet, ces manières de faire du thérapeute influenceront certainement ses transactions avec l'environnement social autant que ses transactions avec lui-même dans l'assimilation de cette expérience éprouvante. S'il paraît évident que le style transactionnel et autres variables procédurales du thérapeutes devraient influencer sa réactions au GSP, hormis Hamel-Bissell (1981), la littérature sur la PPS ne présente regrettablement aucun résultat empirique sur de tels facteurs modulateurs. Or il nous semble impératif de procéder à une telle exploration, sachant qu'elle devrait contribuer à l'identification des principaux leviers de la résilience et du développement professionnel des psychothérapeutes à travers l'expérience de PPS. Nous élaborerons plus loin la question des stratégies d'adaptation comme élément appartenant à la personne du thérapeute, pour démontrer la nécessité d'investiguer l'impact de cette variable sur les réactions à la PPS.

Registre développemental et réflexif

Alors que les systèmes déclaratif et procédural désignaient respectivement, pour simplifier, ce que le thérapeute sait et ce qu'il fait, le registre développemental et réflexif réfère plutôt à la position où se trouve le thérapeute dans son développement professionnel, et le regard qu'il porte sur ce parcours. Il s'agit, en somme, de la dimension longitudinale, avec ce qu'elle sous-entend comme ensemble complexe de changements tant aux plans déclaratif et procédural, que réflexif. Nous incluons le terme de réflexif dans ce registre afin de respecter la nomenclature de Bennett-Levy, qui suggère que c'est principalement le système réflexif qui se forme dans le développement professionnel, mais nous estimons, pour les fins de notre classification des facteurs modulant les réactions au GSP, que le paramètre développemental demeure véritablement le plus pertinent ici.

Niveau d'expérience professionnelle

Le niveau d'expérience du thérapeute est cité en abondance comme variable influençant la réaction du thérapeute à la PPS. Il fut en effet fréquemment constaté que les variables de l'âge, du nombre d'années d'expérience ou du statut (stagiaire ou résident versus professionnel autonome) des thérapeutes présentaient une relation négative ou inversement proportionnelle avec l'intensité initiale de la réaction rapportée par les thérapeutes en termes d'impact émotionnel et de réactions de stress (Brown, 1987a, 1987b; Chemtob *et al.*, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Cotton *et al.*, 1983; Goodman, 1995; Kirchberg & Neimeyer, 1991; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; McAdams & Foster, 2000; Ruskin *et al.*, 2004), et avec la persistance de cette réaction dans le temps (Kleespies *et al.*, 1993; McAdams & Foster, 2000). Comparés sur la base de leurs résultats à une même mesure du stress subjectif (*Impact of Event Scale*, IES: Horowitz *et al.*, 1979), les stagiaires et internes en psychologie clinique ayant connu la PPS rapportaient des symptômes d'évitement et d'intrusion à des degrés supérieurs à ceux de leurs collègues professionnels, psychologues ou psychiatres ayant vécu le même événement (Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990). Ailleurs encore, sans que les relations soient toutefois significatives au plan statistique, Hendin *et al.* (2004) constataient que plus de la moitié des thérapeutes en formation rapportaient une détresse sévère suite à la PPS, comparativement à un tiers chez les thérapeutes professionnels. Le seuil des 15 années de pratique permettait également de distinguer les cliniciens plus expérimentés de ceux qui l'étaient

moins, révélant des taux de détresse sévère 5 fois supérieurs chez les thérapeutes de moins de 15 ans d'expérience (Hendin *et al.*, 2004).

Dans un registre qualitatif, Hamel-Bissell (1981), rapporte également que la longueur de l'expérience professionnelle influence la perspective face au travail psychothérapeutique avec des clients suicidaires. Grad (1996) évoque aussi l'expérience comme facteur modulateur de la réaction à la PPS, ce qui ne l'empêche pas de constater ailleurs que ce facteur ne présente pas d'impact, tout comme l'âge d'ailleurs (Grad *et al.*, 1997). Mentionnons également Munson (2009) qui observe, à sa grande surprise, un lien négatif entre l'expérience professionnelle et la CPT du clinicien suivant la PPS, comme si les thérapeutes plus expérimentés se trouvaient moins positivement transformés suite au GSP que les débutants. Nous reviendrons plus loin sur la CPT; mais retenons pour l'instant que le niveau d'expérience professionnelle semble influencer l'intensité des réactions au GSP, mais que ce lien paraît inconstant.

Pour Grad et Michel (2005), l'expérience professionnelle constitue le quatrième facteur modulant la réactions des thérapeutes au GSP, et renferme un certain nombre de représentations professionnelles et identitaires résultant des années de pratique professionnelle. En particulier, les auteurs mentionnent la vision qu'a le thérapeute de lui-même dans une hiérarchie, les liens qu'il effectue entre l'événement et d'autres expériences de vie, puis sa sagesse et son acceptation de ses propres limites (Alexander *et al.*, 2000; Grad, 1996). Nous dédierons une section séparée à la sagesse et l'acceptation des limites, mais traiterons ensemble les autres points énumérés en rafale par les auteurs, sans explication ou élaboration, sous le thème de l'expérience professionnelle. Contraints en quelque sorte à la spéculation quant à l'intention des auteurs sur les points énumérés, nous pourrions déjà avancer que la question de la place dans la hiérarchie réfère possiblement, un peu comme celle du sexe élaborée plus haut, aux attentes sociales et à leur effet modulateur sur l'expression des réactions du thérapeute. Ce dernier pourrait peut-être en effet se sentir perçu différemment par l'environnement social, dépendamment du statut qu'il occupe. La capacité pour le thérapeute d'inscrire l'événement dans un réseau inférentiel formé de ses expériences de vie évoque, quant à elle, les perspectives de Skovholt et Ronnestad (1992) et d'autres auteurs décrivant le développement professionnel comme étant notamment constitué d'un mouvement de rapprochement et d'intégration de plus en plus grand entre les selfs personnel et professionnel. Grad et Michel (2005) semblent suggérer que les thérapeutes plus expérimentés ont implicitement une plus grande expérience de vie également, et que cela influencerait leur

réaction à la PPS. Peut-être un peu à la manière des expériences multiples de PPS en carrière, les expériences personnelles de perte, de deuils et de crises contribuent à influencer la pratique professionnelle (Slattery & Park, 2007) et il paraît certes raisonnable de croire que cela modulerait également la réaction à la PPS. L'explication de l'influence complexe de l'expérience de vie et des épreuves personnelles sur la pratique professionnelle demeure toutefois largement à étoffer.

Afin d'expliquer ce phénomène distinguant la réaction des novices de celle des thérapeutes expérimentés, Brown (1987a) suggère que les thérapeutes en formation possèdent une identité professionnelle plus embryonnaire, et davantage enchevêtrée avec leur identité et leurs caractéristiques personnelles. L'auteur évoque ce faisant un phénomène bien documenté dans la littérature sur le développement professionnel, ainsi qu'on le verra au chapitre suivant (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992). Dans le cas de la PPS, cela fait en sorte que le suicide d'un patient est plus aisément interprété par les novices comme un échec personnel, ce qui suscite chez eux une détresse beaucoup plus profonde que ce n'est le cas chez des professionnels qui distinguent mieux leurs échecs en tant que personne de certaines limites inhérentes au processus thérapeutique (Brown, 1987a; Foster & McAdams, 1999). Une telle lecture abonde dans le sens de celle d'autres auteurs qui confèrent une fonction protectrice et défensive à l'identité professionnelle, laquelle favoriserait le maintien ou la réparation de la cohésion du self personnel des thérapeutes, en leur permettant de surmonter la douleur qu'ils éprouvent en tant qu'êtres humains, suite à la PPS (Grad *et al.*, 1997; Litman, 1965; Wells, 1991), ou face aux vicissitudes du développement professionnel de façon plus générale (Eckler-Hart, 1987). Les thérapeutes en formation disposeraient ainsi d'une protection moins grande contre la détresse personnelle consécutive à la PPS, et réagiraient finalement d'une manière que l'on pourrait apparenter à celle d'autres proches survivant à un suicide, assertion trouvant écho dans la littérature chez les auteurs rapprochant les réponses émotionnelles des thérapeutes de celles de tous les proches endeuillés par suicide en général (Alexander *et al.*, 2000; E. J. Anderson, 1999; Fang *et al.*, 2007; Gitlin, 1999; Gorkin, 1985; Hendin *et al.*, 2000; Horn, 1994; Kolodny *et al.*, 1979; Litman, 1965; Menninger, 1991; Sanders, 1984; Wells, 1991). La plus grande proximité des schèmes personnels chez les novices laisse également entrevoir l'influence des variables de personnalité, qui pourraient ainsi s'exprimer notamment de manière plus brute et moins tempérée dans leur expérience de la PPS. Aucune étude recensée à ce jour ne présente de résultats

concernant les impacts de la personnalité et des schèmes personnels des cliniciens sur leur expérience du GSP.

Un second axe explicatif des différences de réactions entre thérapeutes novices et experts concerne la grandiosité des ambitions thérapeutiques. Nous avons souligné plus haut le caractère récurrent de cette notion comme point névralgique de la blessure narcissique subie par l'ensemble des thérapeutes suite à la PPS, et comme principal terrain de leur assimilation de cette expérience critique (E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005b; Kleespies *et al.*, 1993; Knox *et al.*, 2006; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Wells, 1991). Ajoutons à présent le fait que la tempérance des ambitions thérapeutiques et de l'idéal du moi professionnel constituerait également pour plusieurs auteurs un axe fondamental dans le développement professionnel des psychothérapeutes de façon plus générale (Arkowitz, 1990, 1995; Brightman, 1984; Cozolino, 2004; Finell, 1985; Gill, 1999; Glickauf-Hughes, 1994; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Hardy, 1979; Jackson & Stricker, 1989; Mollon, 1989; Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992; Sussman, 2007; Wheeler, 2002; Wittenberg & Norcross, 2001; Wosket, 1999). Ce thème sera élaboré au chapitre suivant dans la section dédiée au développement professionnel du psychothérapeute, mais quelques commentaires s'imposent ici, pour éclairer l'impact modulateur du niveau de grandiosité développementale sur l'expérience de PPS.

Du point de vue de l'idéal du moi professionnel, les thérapeutes entament souvent leur développement professionnel par un stade initial de perfectionnisme nourri de fantasmes thérapeutiques relativement grandioses, alors qu'ils oeuvrent encore à ce stade dans une certaine méconnaissance expérientielle et procédurale de « ce qu'il faut faire et qui fonctionne » avec les clients (Bennett-Levy, 2006; Binder, 1999), et que leur répertoire de généralisations fondées sur l'expérience est encore embryonnaire (Jennings, Goh, Skovholt, Hanson, & Banerjee-Stevens, 2003; Jennings & Skovholt, 1999; Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt, 2005; Skovholt & Ronnestad, 1992, 2003). Leur constellation expérientielle grandiose se décline sous les facettes d'omnipotence, d'omniscience et de bienveillance; ils aspirent plus ou moins consciemment à « pouvoir l'impossible », à « connaître l'inconnaissable » et à « aimer l'inaimable » (Arkowitz, 1990; Brightman, 1984). Cela peut se traduire par des objectifs thérapeutiques trop ambitieux, par une identification quelque peu irrationnelle à des figures notoires de la psychothérapie, par des fantaisies de « sauver » les patients, par des difficultés à

dévoiler ou à accéder à son expérience émotionnelle en supervision, par une hypervigilance et une hypersensibilité aux critiques et aux reproches potentiels, par un évitement des contenus susceptibles d'exposer la vulnérabilité narcissique, ou par une soumission excessive ou une collusion avec le superviseur, pour ne nommer que quelques exemples (Arkowitz, 1990; Glickauf-Hughes, 1994; Jackson & Stricker, 1989). Il peut évidemment en résulter des impasses diverses dans le travail avec les clients et en supervision.

La grandiosité s'accompagne forcément d'une certaine fragilité narcissique pouvant émaner de la personnalité des thérapeutes, comme être inhérente à une phase normale du développement professionnel. Et au-delà du développement normal, les conditions même de la formation des psychothérapeutes posent une pléthore de défis pour la cohésion du self et l'estime de soi, et contribuent à exacerber la vulnérabilité narcissique des novices (Gill, 1999; Jackson & Stricker, 1989). Il existe en outre une double contrainte inhérente à leur tâche d'apprentissage de la psychothérapie : devoir (s'exercer à) incarner à la fois le thérapeute qui « sait » et le stagiaire qui « ne sait pas », et poursuivre la quête paradoxale de chercher à devenir un expert (un « savant ») dans l'art de ne pas savoir et dans la plongée en eaux troubles. Du fait de sa situation développementale, donc, le stagiaire se trouve naturellement porteur de deux conflits : entre deux idéaux du moi professionnel (supervisé versus thérapeute) d'une part, et entre les soi idéal et éprouvé de l'autre (expert versus apprenti) (Gill, 1999). Cette expérience s'articule phénoménologiquement autour d'une tendance à percevoir un écart parfois douloureux entre le soi idéal et le soi éprouvé (Gill, 2001; Schafer, 1967). Une telle tension, au demeurant normale, peut constituer un puissant moteur à l'apprentissage et à l'émulation, et stimuler le développement professionnel vers l'avant, comme elle peut s'avérer être une source d'humiliation et de sentiment d'échec, posant un obstacle significatif au développement de la compétence, de la spontanéité et de la créativité (Arkowitz, 1990). Aussi, les manifestations de grandiosité de la part des débutants constituent, selon Jackson et Stricker (1989), l'expression d'une défense inconsciente : 1.) contre l'angoisse devant le fait de « ne pas savoir », i.e. devant la part d'inconnu et de potentiel inhérente à toute relation thérapeutique en voie de déploiement (et qui contraste avec certaines représentations grandioses qu'il portent possiblement au sujet du clinicien comme expert omniscient); et 2.) contre une certaine intolérance à l'ambiguïté, symptôme caractéristique des premières phases du développement des thérapeutes. La coloration narcissique des blessures vécues par les stagiaires devant les échecs ou difficultés rencontrées émanerait souvent d'une

désillusion en regard d'aspirations thérapeutiques grandioses (Glickauf-Hughes, 1994; Mollon, 1989).

Point de surprise, donc, de voir culminer l'anxiété à ces premiers stades, considérant l'importante vulnérabilité narcissique qui affleure. Ce n'est que plus tard que les thérapeutes connaîtraient, selon les travaux de Skovholt et Ronnestad (1992) notamment, une certaine forme de lâcher-prise accompagnant leur développement vers la sagesse professionnelle, en se découvrant graduellement plus conscients et plus tolérants du caractère variable, imprévisible et incertain des aléas la vie, des situations difficiles et de la nature humaine de façon générale. Ainsi qu'il sera élaboré au prochain chapitre, l'aboutissement en est un paradoxe relatif où le thérapeute accompli est à la fois plus confiant en sa compétence et ses capacités d'un côté, et plus humble et conscient de ses limites par ailleurs. Les auteurs rapportent principalement deux facteurs qui sous-tendent ce mouvement développemental des cliniciens vers un réalisme accru : d'une part, une quête personnelle d'insight, d'introspection et de réflexion menant au développement d'une certaine sagesse fondée sur la somme des expériences personnelles et professionnelles, et d'autre part, l'intégration au sein du self professionnel d'une série d'humiliations et d'échecs professionnels, par le biais d'apprentissages expérientiels et d'une démarche réflexive soutenue. Il va sans dire que la PPS constitue un exemple criant de ce genre d'expérience d'échec professionnel.

En somme, la thèse d'une grandiosité inhérente à un développement professionnel rudimentaire des thérapeutes suggérerait que les moins expérimentés d'entre eux, dans l'élan d'une certaine culpabilisation professionnelle catalysée par la PPS et le deuil qui s'ensuit, se verraient confrontés à un écart plus grand que celui de leurs seniors, entre leur perception de leur échec professionnel (la PPS) et l'idéal auquel ils se comparent, entre leur soi éprouvé et leur soi idéal. Ils tendraient par conséquent à se juger plus sévèrement que leurs doyens, ce qui engendrerait une réaction plus vive ciblant directement une vulnérabilité narcissique déjà exacerbée. L'intensité de leur réaction émotionnelle au GSP pourrait ainsi être proportionnelle à cet écart, i.e. fonction du degré de grandiosité de leurs ambitions thérapeutiques. Autrement dit, peut-être existerait-il une relation négative ou inversement proportionnelle entre le niveau de développement professionnel (qui voit décroître la grandiosité des idéaux thérapeutiques) et l'intensité de la réaction au GSP. L'impact modulateur du niveau d'expérience professionnelle sur les réactions à la PPS pourrait ainsi être compris comme un effet du niveau de développement

professionnel et de la grandiosité qui le sous-tend sur le plan de l'idéal du moi professionnel. Cette hypothèse demeure à vérifier empiriquement.

Bien sûr, la grandiosité des idéaux thérapeutiques et de l'idéal du moi professionnel n'est pas l'apanage des novices. Nous verrons plus loin que la grandiosité peut être envisagée comme émanant plutôt de la personnalité du thérapeute et de ses dispositions caractérologiques (Glickauf-Hughes, 1994; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Cela ne fait pas forcément intervenir le niveau d'expérience professionnelle du thérapeute de façon directe, mais prédispose certainement, on s'en doute, le supervisé narcissique ou perfectionniste à traverser avec grand peine les épreuves narcissiques inhérentes à son développement professionnel (Arkowitz, 1990, 1995; Gill, 1999; Jackson & Stricker, 1989). Glickauf-Hughes (1994) rapporte en outre que les superviseurs constatent que leurs stagiaires, cherchant à éviter le plus possible de s'exposer aux critiques et de se montrer vulnérables, recourent parfois à des stratagèmes visant à contourner l'exposition de leurs fragilités, stratégies pouvant prendre la forme d'actes manqués comme l'oubli des extraits vidéo pour le visionnement, l'omission ou la distorsion de certains détails, ou des formes plus directes comme une hypervigilance face aux critiques ou une tendance à l'acquiescement excessif à des fins de collusion avec le superviseur.

Des facteurs autres que la grandiosité peuvent certainement concourir à favoriser une réaction négative forte à la PPS chez les thérapeutes en formation. Mentionnons en outre certaines particularités des contextes de pratique des stagiaires, notamment le fait que ceux-ci œuvrent paradoxalement dans des milieux où la prévalence de GSP est plus élevée qu'ailleurs (Brown, 1987a, 1987b; Kleespies *et al.*, 1993; Ruskin *et al.*, 2004), et surtout que leurs activités professionnelles sont constamment soumises au regard évaluatif des supérieurs professionnels et académiques, phénomène parfois appelé l'effet « bocal à poisson » (*fish-bowl effect*, Bartels, 1987; Horn, 1994) pouvant générer un sentiment d'oppression passablement débilitant, et qui tend par essence à induire une certaine régression chez les stagiaires (Gill, 1999). Notons toutefois que cet effet est par ailleurs contesté, sur invocation du fait que les instances qui évaluent les stagiaires servent également d'entités mentales permettant en outre de contenir et d'apaiser la réaction de stress des stagiaires à la PPS (Brown, 1989).

C'est dire, en somme, que les facteurs contribuant à l'intensité accrue de la réaction des novices à la PPS ne font pas l'unanimité. Qui plus est, nombre d'auteurs ne trouvent simplement

pas de relation statistiquement significative entre l'expérience (nombre d'années de pratique, âge, statut professionnel ou académique) et l'intensité des réactions (Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Cryan *et al.*, 1995; Grad *et al.*, 1997; Hendin *et al.*, 2004; Hendin *et al.*, 2000; Henry *et al.*, 2004; Howard, 2000; Pieters *et al.*, 2003). Munson (2009) rapportait même récemment une relation significative inverse entre le nombre d'années d'expérience et la CPT des cliniciens affectés par la PPS. Ces résultats en apparence contre-intuitifs semblent d'ailleurs parfois susciter la mobilisation de défenses importantes même de la part des chercheurs qui les ont obtenus, lesquels nous paraissent chercher à les infirmer par divers arguments méthodologiques (échantillons trop petits, « *n* » insuffisant pour telle ou telle cellule d'analyse statistique, biais de sélection émanant de stratégies d'adaptation typiquement différentes chez les stagiaires, et se traduisant par des réponses d'une intensité en apparence plus élevée, etc.), tout en réitérant leur croyance en l'influence certaine du facteur de l'expérience. Les justifications de tels résultats sont certes valables et méritent d'être considérées, mais elles nous semblent contribuer à écarter beaucoup trop rapidement une hypothèse fort intéressante : des facteurs possiblement plus fondamentaux que l'expérience pourraient intervenir dans le développement professionnel pour finir par s'exprimer à travers la variable d'expérience et donner lieu aux différences que l'on observe entre seniors et novices. Autrement dit, « l'expérience ne [saurait] à elle seule [suffire à] protéger les thérapeutes contre une réaction émotionnelle vive » (Hendin *et al.*, 2004, p. 1445). Son impact pourrait ainsi, par exemple, être préférablement envisagé comme un corollaire du développement professionnel, concept rendant par ailleurs mieux compte des manifestations multidimensionnelles et non linéaires du gain de maturité professionnelle.

Sagesse, acceptation des limites, grandiosité

Un nombre substantiel de recherches rapportent l'acceptation des limites professionnelles comme conséquence de la PPS (p.ex. E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005b; Kleespies *et al.*, 1993; Knox *et al.*, 2006; Moody, 2010; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006), ce qui nous met d'emblée sur la piste d'un lien évident entre l'état de l'idéal du moi professionnel du clinicien et sa réaction au GSP.

Au terme son enquête auprès de 11 infirmières en psychiatrie, Hamel-Bissell (1981) observe une forme de développement professionnel en quatre stades des cliniciennes dans leur rapport au travail avec des patients suicidaires. Ce parcours, apparenté à un processus de deuil,

s'articulerait en particulier autour d'une acceptation graduelle des limites inhérentes à la responsabilité professionnelle du thérapeute devant le GSP, qui devient en définitive le choix du client, si désolant fût-il. Le parallèle est évident à faire ici avec le processus de deuil d'un idéal du moi professionnel grandiose (Tillman, 2006). Dans cette optique, une foule de facteurs modulent le cheminement des cliniciennes vers le stade ultime de « choix individuel ». Au chapitre des facteurs professionnels, le biais pour sauver des vies, mission implicite apparemment répandue dans la culture du nursing, est mentionné par Hamel-Bissell comme frein potentiel, garant de réactions très vives au GSP et d'une certaine persistance des cliniciennes dans le stade de « responsabilité », qui précède celui du « choix individuel ». On peut ainsi penser que l'idéologie sous-jacente d'une profession peut parfois contribuer à alimenter une certaine grandiosité chez le clinicien.

Pour sa part, Gorkin (1985), résume à deux facteurs les principaux déterminants de la réaction des thérapeutes à la PPS et de leur processus d'assimilation de cette expérience : le degré d'omnipotence des idéaux thérapeutiques du clinicien, et la nature de sa relation au patient. Nous avons abordé plus haut le type de relation susceptible d'intensifier la réaction émotionnelle du thérapeute. Selon l'auteur, l'omnipotence peut s'exprimer sous les formes polarisées d'une auto-réprimande excessive (position dépressive) ou d'un déni obstiné de toute culpabilité. Ces modes extrêmes de réactions constituent l'un comme l'autre le résultat de fantasmes d'omnipotence thérapeutique blessés, d'idéaux professionnels grandioses déçus. L'auteur n'associe pas forcément l'omnipotence à la maturité professionnelle, mais cette idée parfois implicite nous semble récurrente dans la littérature sur la PPS. C'est pourquoi la grandiosité fait l'objet d'une mention ici comme facteur modulateur lié au développement professionnel. La grandiosité émanant de la personne du thérapeute sera élaborée plus loin.

En somme, les recherches qualitatives et réflexions théorico-cliniques sur la PPS suggèrent que la « sagesse » et l'acceptation des limites professionnelles constitue un facteur modulateur central dans l'intensité des réactions des cliniciens au GSP, et que cela soit largement un reflet de la nature narcissique professionnelle de la blessure potentiellement causée par l'événement. Les recherches quantitatives révèlent quant à elles que le niveau d'expérience professionnelle module l'intensité des réactions à la PPS, ce qui nous laisse entrevoir combien cette révision à la baisse des idéaux thérapeutiques est intimement liée au niveau de développement professionnel, ainsi que nous l'élaborerons plus loin, sous l'angle de l'évolution

du rapport à l'idéal du moi professionnel au fil du développement du clinicien. Concluons simplement cette section en disant que l'impact modulateur des facteurs professionnels liés au développement professionnel sur les réactions à la PPS semble tenir essentiellement à une question de maturité des ambitions thérapeutiques.

2.4.3 La personne du thérapeute

Histoire et antécédents personnels

Au chapitre de l'histoire personnelle du thérapeute, Worden (2009) mentionne le fait que le thérapeute ait, dans sa vie personnelle, déjà vécu par le passé des deuils complexes, une dépression ou des pertes parentales précoces. L'auteur souligne que cela peut certainement moduler sa façon de réagir et d'assimiler l'expérience de PPS. Un tel facteur fut relativement peu documenté dans la littérature empirique portant spécifiquement sur la PPS. Cela paraît assez remarquable, considérant que les deuils personnels et professionnels des thérapeutes sont même souvent traités de manière presque indistincte dans la réalité, notamment chez certains groupes et forums mis sur pied pour les cliniciens endeuillés par suicide (American Association of Suicidology, 1997). Évidemment, il existe néanmoins un consensus généralisé à l'effet que les expériences personnelles du thérapeute contribuent à façonner son développement professionnel, autant dans la formation de vulnérabilités et d'écueils particuliers que dans l'appropriation de potentialités et de ressources internes (Cobb, 1988; Gelso & Hayes, 2007; Guy, 1987; A. Miller, 1983; G. D. Miller, 2000; Norcross & Farber, 2005; Norcross & Guy, 2007; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Skovholt & Ronnestad, 1992; Slattery & Park, 2007; Sussman, 2007). En fait, bien que cette notion fût abordée différemment à travers les époques et qu'on lui accorde une place variable selon les approches, la contribution de la vie personnelle du thérapeute à son développement et à sa pratique professionnelle constitue l'un des paramètres fondamentaux de la psychothérapie depuis ses premiers temps (Baldwin, 2000), et la personne du thérapeute demeure à ce jour avancée par plusieurs comme étant la principale source de variabilité de l'efficacité thérapeutique (Wampold, 2006). Dans le cas spécifique de la PPS, peut-être pourrait-on avancer qu'à l'instar des impacts d'expériences antérieures de PPS (Hamel-Bissell, 1981; James, 2005b), c'est à travers l'acquisition d'une certaine sagesse et l'acceptation des limites inhérentes à la responsabilité et à l'influence interpersonnelles que les pertes et deuils personnels influenceront la réaction des cliniciens à la PPS. Sans doute peut-on envisager l'hypothèse selon laquelle les

événements de pertes et de deuils personnels affecteraient le niveau de maturité professionnelle à travers une révision à la baisse des idéaux thérapeutiques.

Personnalité, besoins, configuration motivationnelle

Développement personnel

Du point de vue du développement personnel, Grad (1996) mentionne le positionnement du thérapeute dans le cycle de la vie comme propriété susceptible de moduler la nature et l'intensité de la réaction du thérapeute au GSP. Les expériences de vie comme celles mentionnées à la section précédente sont implicites lorsque l'on fait référence à l'histoire développementale d'une personne. L'influence du stade de développement personnel du thérapeute sur son expérience du GSP nous semble donc aller de soi. Ceci étant, il tiendrait de la spéculation que de s'avancer quant à la manière dont s'exerce une telle influence, les notions de développement personnel et de cycle de vie étant tellement vastes. Compte tenu des résultats cités plus haut sur la circonscription plutôt professionnelle des réactions et de la blessure, nous aurions tendance à soutenir que c'est à travers son influence sur le self professionnel que le développement professionnel influence les réactions à la PPS.

Confiance et estime de soi

Hendin *et al* (2004) ont sondé 34 thérapeutes ayant vécu la PPS, au moyen d'un questionnaire semi-structuré portant sur leurs réactions. L'analyse descriptive des profils de leurs répondants et de leurs réponses à une question ouverte en fin de questionnaire suggérait en outre que des caractéristiques socio-démographiques (sexe, niveau d'expérience professionnelle) et personnelles (caractère ou tempérament) semblaient avoir protégé, dans une certaine mesure, les thérapeutes contre l'expérience d'une détresse sévère. L'impact modulateur des caractéristiques socio-démographiques du sexe et du niveau d'expérience ayant été élaboré plus haut de façon relativement exhaustive, soulignons ici l'impact subtil et complexe attribué par les auteurs à la personnalité. Le caractère ou le tempérament protecteurs se traduisent chez Hendin *et al* (2004) par une certaine propension à l'optimisme, une tendance et « une capacité [des thérapeutes] à percevoir leurs infortunes comme des opportunités d'apprentissage plutôt que comme des

occasions d'auto-réprobation » (p. 1445). Nous aurions tendance à parler d'une certaine confiance en soi ainsi que d'optimisme. Et dans la mesure où il est question de la capacité du thérapeute à composer avec un certain sentiment d'échec et à réguler les reproches qu'il pourrait être porté à s'adresser, il conviendrait certainement de parler d'estime de soi. La valeur empirique de cette variable tempéramentale ou de personnalité n'a jamais été vérifiée, mais cette dernière demeure pourtant systématiquement mentionnée dans les écrits sur l'expérience de PPS comme facteur modulateur central. Soulignons que Hamel-Bissell (1981) mentionne également la confiance en soi comme facteur favorisant la progression développementale des cliniciens vers une meilleure acceptation de leurs limites professionnelles, plutôt que se tenir responsables et s'accabler de reproches pour le GSP.

Personnalité, schémas, besoins narcissiques

Dans une recherche empirique récente où il interroge 23 thérapeutes relativement aux impacts du GSP sur leur identité professionnelle, O'Keeffe (2010) conclut que l'expérience de PPS demeure en définitive une expérience unique propre à chaque clinicien. Parce que chaque GSP émerge d'un contexte unique, et que chaque clinicien porte un contexte identitaire (phénoménologique) tout aussi unique dans lequel prend forme l'expérience du GSP. L'auteur constate également que l'orientation (ouverte ou défensive) du thérapeute envers son environnement social (et son monde représentationnel) émerge comme principal facteur modulateur influençant la nature et l'intensité des réponses au GSP. Encore ici, donc, la personnalité du thérapeute, laquelle se reflète dans les processus identificatoires (et « désidentificatoires ») mis en œuvre par le thérapeute pour assimiler l'événement et la relation avec le client décédé et transiger avec l'environnement, apparaît comme étant le principal facteur modulant la métabolisation par les cliniciens de l'expérience de PPS. La recherche d'O'Keeffe offre la principale confirmation empirique rigoureuse de la contribution d'un élément de personnalité du thérapeute à son expérience du GSP. La notion d'orientation sociale employée par l'auteur nous paraît fort pertinente pour caractériser le style transactionnel du thérapeute avec ses objets relationnels externes et internes. Ceci dit, le paradigme méthodologique de l'*Identity Structure Analysis* (ISA) employé par l'auteur étant plutôt laborieux et passablement hermétique, il nous paraîtrait impératif de recourir à une mesure plus conviviale du style relationnel et autorégulateur du thérapeute – parce que c'est de cela dont il s'agit –, qui émerge comme

variable centrale dans la modulation des réactions et du développement identitaire engendré par le GSP.

La personnalité du thérapeute est également présentée chez Horn (1994) comme étant le principal déterminant du processus d'adaptation psychologique du clinicien au stress professionnel de la PPS. Plus précisément, l'auteur défend la thèse selon laquelle la réaction initiale et l'assimilation de l'expérience de PPS sont directement filtrées à travers les « schémas » du thérapeute, lesquels sont postulés comme étant façonnés par les expériences de vie de ce dernier. Sans l'élaborer, Horn (1994) invoque le modèle cognitiviste de « l'adaptation psychologique au trauma » (McCann, Sakheim, & Abrahamson, 1988) pour proposer cet éclairage sur la manière dont les schémas pourraient colorer l'expérience du trauma par certains thérapeutes. Il réitère en conclusion que l'expérience et l'assimilation par le thérapeute de la PPS constituent une amalgame complexe où s'entremêlent les schémas individuels du thérapeute, l'attachement qui prévalait dans la relation thérapeutique et les ressources internes et externes disponibles pour le thérapeute dans la négociation de son processus de deuil. Ceci étant dit, il demeure pour le moins surprenant, considérant l'importance accordée par l'auteur aux schémas composant la personne du thérapeute, que la description qu'il fait des facteurs qui les façonnent porte exclusivement sur des expériences de vie en tant que professionnel, i.e. formation, expérience professionnelle et pratique professionnelle. En effet, sa recension d'écrits l'amène à discuter du niveau d'expérience professionnelle (incluant âge et nombre d'années de pratique, Brown, 1987a; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Cotton *et al.*, 1983; Kleespies *et al.*, 1990), de la charge de travail (Chemtob *et al.*, 1989), de la clientèle (Chemtob *et al.*, 1989) et du contexte de pratique des thérapeutes (Bartels, 1987), mais aucune mention n'est faite de la contribution des expériences de vie de la personne du thérapeute ou même des schémas de soi de cette personne-thérapeute, dans la construction de son expérience de la PPS. En dépit de cette lacune importante, l'article de Horn (1994) a néanmoins le mérite de chercher à sensibiliser explicitement les superviseurs et autres intervenants dans l'environnement du thérapeute endeuillé, à l'importance de considérer les expériences de vie et de travailler directement sur les schémas du thérapeute pour favoriser le maintien ou le rétablissement de la cohésion de son self professionnel.

Sous le facteur modulateur de la « personnalité du thérapeute », Worden (2009) inclut deux points particuliers : le rapport du thérapeute au besoin de se sentir fort et en contrôle, et la

qualité de son ouverture à son monde émotionnel. Un point motivationnel, donc, que nous élaborerons ici, et un point autorégulatoire, qui sera discuté plus loin. Worden (2009) suggère ainsi que pour le clinicien en quête (le plus souvent inconsciente) d'omnipotence, l'événement de PPS peut représenter une perte suprême de contrôle et faire ressurgir la menace de l'expérience de honte ou susciter d'autres formes d'angoisses. Un rapport problématique aux enjeux développementaux d'autonomie et de contrôle (particulièrement dans l'excès et la rigidité), pourrait donc certainement contribuer, en plus d'engendrer des impasses dans le travail et en supervision (Glickauf-Hughes, 1994), à polariser les réactions du thérapeute à la PPS.

Le fantasme de contrôle omnipotent peut être conçu comme une manifestation de grandiosité, comme on peut l'attribuer à d'autres enjeux problématiques du ressort de la personnalité du thérapeute; nous nous intéresserons particulièrement ici aux carences narcissiques. La grandiosité du thérapeute est mentionnée systématiquement dans la littérature sur la PPS comme point névralgique de l'expérience des cliniciens, mais n'a fait l'objet d'aucune investigation empirique rigoureuse ciblée. La question des enjeux narcissiques fut discutée plus haut dans le cas des thérapeutes en devenir, mais mérite de voir sa portée légèrement élargie ici, sous la forme des quelques commentaires théoriques qui suivent.

Au-delà des premiers temps de la formation où, on l'a vu, certaines conditions en vigueur suscitent une vulnérabilité narcissique « normale » chez les novices (Arkowitz, 1990, 1995; Brightman, 1984; Gill, 1999, 2001; Jackson & Stricker, 1989), des thérapeutes de tous âges peuvent évidemment porter des fragilités narcissiques inhérentes à leur personnalité et à leur organisation caractérologique, et qui se manifesteront dans le travail thérapeutique et en supervision (Cozolino, 2004; Finell, 1985; Glickauf-Hughes, 1994; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Kottler & Blau, 1989; Laine, 2007; Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008; Modell, 1975; Mollon, 1989; Murphy, 1973; Sussman, 2007; Wittenberg & Norcross, 2001), comme dans leur assimilation de l'expérience de PPS (James, 2004, 2005b; Tillman, 2003, 2006). Les causes de carences narcissiques chez les thérapeutes peuvent évidemment être multiples, ainsi qu'il en va pour n'importe quelle population, et leur recensement exhaustif excéderait de loin le cadre du présent texte, puisqu'il serait question de l'étiologie des pathologies narcissiques en général. Soulignons toutefois un angle particulier, celui de Glickauf-Hughes et Mehlman (1995), qui s'appuient sur Miller (1983) pour expliquer que les traits perfectionnistes de certains thérapeutes peuvent être hérités de l'introjction de représentations de parents narcissiquement

carencés dont ils furent en bas âge le prolongement narcissique, contraints à refouler leur expérience authentique au profit d'un faux self davantage sensible aux besoins des autres qu'aux siens propres. Ces intervenants en relation d'aide présenteraient un aménagement de personnalité narcissique plus dépressif que grandiose (A. Miller, 1983), à la différence des narcissiques qui sont le plus communément présentés dans la littérature en psychopathologie clinique² (Masterson, 1981).

Glickauf-Hughes et Mehlman (1995) énoncent quatre traits des thérapeutes narcissiquement carencés : le focus hétérocentrique (ou altruiste) au détriment de l'expérience authentique, la parentification, le perfectionnisme et le phénomène de l'imposteur (d'après Clance & Imes, 1978). Les deux premiers traits rendent les thérapeutes vulnérables à des problèmes d'identification et de satisfaction (directe) de leurs besoins authentiques, en plus de nourrir chez eux la croyance qu'ils sont aimés pour leur altruisme plutôt que pour qui ils sont. L'ouverture déficiente au monde émotionnel évoquée par Worden (2009) comme frein à l'assimilation de la PPS peut notamment être conçue comme pouvant émaner d'un tel processus de valorisation développementale d'un faux self. Nous sommes en effet d'avis qu'une difficulté structurale du thérapeute à contacter ses propres états émotionnels procède d'impératifs développementaux susceptibles de rendre menaçant ou douloureux le processus d'élargissement du champ de conscience expérientielle, ce qui constitue un obstacle majeur à la démarche réflexive nécessaire à l'assimilation constructive et intégrative de l'expérience de PPS au sein du self professionnel. Voilà donc théoriquement un exemple de la manière dont une carence struturelle en termes de besoins narcissiques serait susceptible de moduler la réaction à la PPS : par l'entremise de l'ouverture au monde émotionnel et de l'autorégulation. D'autres trajectoires développementales peuvent évidemment conduire à ce genre d'état de dissociation ou d'incongruence au sein du self, mais celle proposée par Miller (1983) continue de faire école aujourd'hui parmi les perspectives sur les déterminants développementaux conduisant à embrasser la vocation de psychothérapeute (Norcross & Farber, 2005; Sussman, 2007).

² La psychologie du soi, perspective dont s'inspirait Miller, a cependant contribué à ce que qu'un type plus couvert de personnalité narcissique (*closet narcissist*; Masterson, 1981) fasse son apparition dans la littérature clinique depuis une trentaine d'années. Sur un versant pathologique, ce type serait sans doute ce qui s'apparente le plus à l'aménagement identifié par Miller chez plusieurs thérapeutes. Ce « narcissique de placard » de même que « l'enfant doué » de Miller paraissent ainsi émaner d'une mouvance semblable qui, inspirée par la psychologie du soi, porte une vision plus développementale et moins « pathologisante » du narcissisme et permet de parler de carences narcissiques sans forcément parler de psychopathologie en termes diagnostiques.

Le trait de perfectionnisme, ainsi qu'on l'a vu chez les novices, pose la menace évidente des standards et idéaux excessivement élevés, et de l'expérience de honte et de culpabilité advenant une incapacité à les atteindre. Les aspirations grandioses des thérapeutes peuvent également s'inscrire en conflit direct avec l'apprentissage et l'exercice de la psychothérapie, lequel se caractérise intrinsèquement par l'omniprésence du doute, par l'absence de certitudes et de prescriptions, et par une structure parfois relativement diffuse (Glickauf-Hughes, 1994). Les cliniciens ayant une propension à l'auto-réprimande du fait de leurs idéaux grandioses et de leur introject parental quasi impossible à satisfaire, risquent d'avoir développé une faible estime d'eux-mêmes, une cohésion narcissique instable, et accepteront difficilement les commentaires ou critiques négatives (Glickauf-Hughes, 1994). Il y a donc tout lieu de croire que de tels cliniciens souffriront particulièrement intensément des suites de la PPS, et que l'expérience de culpabilité et de honte engendrée par la perte d'une représentation idéalisée de soi (Mollon, 1989; Severino, McNutt, & Feder, 1987) pourrait compromettre leur capacité à réfléchir, à apprendre et à assimiler sainement l'expérience de PPS (James, 2004, 2005a; Tillman, 2006). Chez les cliniciens aux manifestations grandioses plus ouvertes que dépressives, le besoin de contrôle, nous l'avons évoqué plus haut, se trouvera également enchevêtré avec la volonté de maintenir une cohésion par l'omnipotence. C'est donc toujours en rapport avec une certaine grandiosité que le besoin de contrôle identifié par Worden (2009) nous semble poser problème et menacer d'un stress important les thérapeutes narcissiquement fragiles.

Finalement, le phénomène de l'imposteur constitue une conséquence logique de la construction développementale du faux self adaptatif par les thérapeutes. Il représente l'impasse dans laquelle les thérapeutes se voient incapables de nourrir et de gratifier leur soi authentique qu'ils dévaluent et isolent, attribuant plutôt leurs mérites et leurs succès à la chance, à l'effort, ou à la gestion de leur image (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). L'apprentissage du métier de psychothérapeute peut s'avérer particulièrement éprouvant pour ces thérapeutes dépourvus d'un regard bienveillant sur eux-mêmes, considérant les vulnérabilités narcissiques qui affleurent naturellement durant le processus de formation (Brightman, 1984; Eckler-Hart, 1987; Mollon, 1989). Prédisposés à se valoriser davantage pour leurs accomplissements altruistes que pour leur simple existence authentique, protégeant ainsi un self authentique vulnérable derrière un faux self professionnel (Eckler-Hart, 1987), ces thérapeutes connaîtront une discrimination floue entre les portions professionnelles et personnelles d'eux-mêmes, et pourraient tendre à interpréter, comme certains novices, toute évaluation, critique ou erreur professionnelle comme englobant la totalité

de leur self (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995). Dans ce contexte, la PPS se présente comme un échec de la personne toute entière du thérapeute, et ce dernier s'infligera un blâme à la hauteur des responsabilités (grandioses) qu'il s'attribuait, et sur lesquelles reposait fragilement la cohésion de son self.

Glickauf-Hughes et Mehlman (1995) avancent ensuite deux formes de périls menaçant les thérapeutes au narcissisme écorché : la gratification vicariante des besoins de dépendance auprès des clients et l'épuisement professionnel (burnout). Le premier cas est celui où les thérapeutes prennent soin d'eux-mêmes à travers les soins qu'ils prodiguent à leurs clients, et utilisent d'une certaine manière ces derniers afin de répondre à leurs propres besoins narcissiques. Deux issues problématiques peuvent résulter de cette gratification vicariante selon Glickauf-Hughes et Mehlman (1995) : 1) l'infantilisation du client, et 2) la collusion narcissique avec celui-ci. Ces deux avenues de dérives thérapeutiques émanent d'une faille empathique du thérapeute, par laquelle il 1) projette sur le client le complément de ses propres besoins et s'investit d'une mission (narcissiquement immature) de sauvetage nourrissant la dépendance du client à son égard (Hardy, 1979), et 2) se complaît dans l'apparence d'harmonie régnant au sein de la dyade et prive le client de la possibilité de se déployer pleinement dans l'espace thérapeutique en détournant subtilement le transfert négatif vers des objets inoffensifs (Finell, 1985) et en évitant les interventions confrontantes pour ne pas perturber la collusion narcissique. Cette gratification vicariante peut être comprise comme synonyme de la dépendance narcissique du thérapeute évoquée plus haut dans les facteurs relationnels modulant selon Worden (2009) l'expérience de PPS. C'est dire, en somme, que le thérapeute dont la cohésion narcissique dépendrait de la qualité de la relation thérapeutique risquerait fort de souffrir considérablement du décès de son patient.

Considérant cette dépendance narcissique, point de surprise de voir Glickauf-Hughes et Mehlman (1995) avancer que rien de moins que le burnout guette les thérapeutes chroniquement investis dans ce genre de dynamique. Ils ajoutent que l'épuisement professionnel menace particulièrement les thérapeutes perfectionnistes dont l'estime de soi est instable, parce que ces derniers peuvent connaître des difficultés à mettre des limites faces aux demandes des autres, et échouent constamment à satisfaire à leurs propres exigences. Les fondements narcissiques du surmenage chez les thérapeutes tiendraient ainsi aux deux axes complémentaires de la grandiosité et de l'aliénation, condamnant ceux-ci à vivre sans cesse le conflit entre les exigences

inatteignables d'un faux-self grandiose (les vicissitudes de la psychothérapie comportant naturellement leur lot de déceptions) et les besoins d'un soi authentique désavoué qui se languit d'être investi (Sussman, 2007). Si la PPS ne suffit peut-être pas en elle-même à précipiter les thérapeutes en état d'épuisement professionnel, force est de reconnaître que les implications des carences narcissiques rencontrées chez certains thérapeutes (en termes de maturité professionnelle, de niveau de développement du moi, de style autorégulateur, d'idéaux thérapeutiques, etc.) en font d'excellents candidats au burnout (Lambie, 2007; Norcross & Guy, 2007; Rothschild, 2006), à des réactions plus vives aux stress professionnels (Brems & Johnson, 2009), ainsi qu'à divers problèmes dans le travail thérapeutique (Luchner *et al.*, 2008).

Ressources réflexives et autorégulatrices

Conscience de soi, confiance en soi

Parmi les facteurs modulant selon ses résultats le rapport des cliniciens au GSP et au travail avec des patients suicidaires, Hamel-Bissell (1981) mentionne notamment des éléments appartenant au self et à la personnalité des thérapeutes : la conscience de soi (*self-awareness*) et la confiance en soi. Ces deux facteurs nous semblent compléter le portrait que nous avons déjà entrepris de dégager plus haut concernant d'une part, les vertus facilitantes des dispositions réflexives (conscience de soi) des cliniciens pour apprendre et croître à partir de l'événement, et d'autre part, la tendance à poser un regard plus constructif et optimiste que réprobateur (confiance en soi) sur soi-même suite à l'expérience de l'épreuve professionnelle du GSP. En somme, la confiance en soi est envisagée ici dans son interaction avec le style autorégulateur du thérapeute, comme quoi un clinicien se traitant avec davantage de bienveillance devrait en principe réagir moins intensément et assimiler plus rapidement l'expérience du GSP, comme le soulignaient Hendin *et al* (2004).

Ouverture au monde émotionnel, style autorégulateur, style de coping

L'impact modulateur des facteurs liés à l'autorégulation nous semble globalement converger vers la notion d'une certaine bienveillance dans le rapport du thérapeute face à son monde interne. En énumérant les facteurs qui modulent selon eux l'expérience de PPS, Grad et

Michel (2005) insistent sur le fait que la personnalité du thérapeute demeure, en définitive, le déterminant le plus important de sa réaction au GSP. Plus précisément, il est question des implications de la personnalité en termes de manière personnelle de composer avec le stress, les pertes et les crises. Nous voyons encore ici une référence à une variable de type autorégulatoire, suggérant que le style individuel de régulation émotionnelle/cognitive/comportementale des stressseurs devrait influencer significativement la manière dont l'événement sera vécu et métabolisé par l'individu. Sans qu'il le spécifie clairement, nous pensons que c'est probablement à ces notions d'autorégulation et de coping que fait allusion Horn (1994) en parlant de l'impact modulateur des ressources internes sur l'adaptation au stress psychologique de la PPS.

Nous l'avons mentionné plus haut, Worden (2009) fait de l'ouverture au monde émotionnel le second élément de personnalité susceptible de moduler la réaction des thérapeutes à la PPS. Il paraît en effet logique qu'un thérapeute portant un regard plus ouvert et bienveillant sur son expérience émotionnelle métabolisera avec davantage de facilité l'expérience de PPS qu'un thérapeute plus rigide, défensif ou hostile vis-à-vis son monde interne. C'est suivant cette dichotomie ouverture/défensivité qu'O'Keeffe (2010) observe, rappelons-le, un impact modulateur de « l'orientation sociale » sur le développement identitaire engendré par la PPS. En appréhendant l'orientation sociale comme une forme de « style transactionnel objectal » aussi bien externe qu'interne, il nous semble évident qu'un style autorégulatoire plus ouvert devrait favoriser une assimilation plus fluide et constructive de l'expérience de PPS. C'est vraisemblablement de cette bienveillance dont parlaient Hendin *et al* (2004), lorsqu'ils évoquaient les vertus protectrices d'un certain optimisme ou de stratégies autorégulatoires plus positives chez les thérapeutes.

2.5 Conclusion

Afin d'étayer et de poser un peu plus opérationnellement les constats dégagés au chapitre précédent sur l'expérience de PPS, ses impacts et son assimilation par les thérapeutes, nous avons détaillé dans ce chapitre les principales variables recensées dans la littérature comme facteurs modulant l'expérience de PPS, i.e. susceptibles d'affecter à la baisse ou à la hausse l'intensité des réactions, et d'influencer le processus traversé par le thérapeute dans son assimilation de l'expérience. Il est apparu que la personnalité du thérapeute constituait le principal facteur modulant l'expérience que font les thérapeutes du GSP, autant dans la nature et l'intensité de la

réaction initiale, que dans la forme et la trajectoire que prendra le processus de métabolisation de l'expérience, jusque dans la croissance qui peut en résulter. En effet, tant les facteurs contextuels que ceux liés à la relation thérapeutique n'avaient essentiellement d'impact qu'à travers le sens qu'ils revêtaient pour le clinicien, lequel est largement tributaire d'enjeux appartenant à la personne du thérapeute.

Plus précisément, nous avons vu que la grandiosité des ambitions thérapeutiques, qu'elle émane de la personnalité du thérapeute, d'une certaine immaturité dans le développement professionnel, ou d'une combinaison des deux, constituait le pivot de l'expérience de PPS : c'est par elle que blesse la PPS, et c'est autour d'elle que s'articule sa métabolisation, sous la forme du deuil d'un idéal du moi professionnel grandiose. La nature des facteurs modulant l'expérience de PPS semble ainsi confirmer la dimension fondamentalement narcissique professionnelle de l'épreuve, et suggère que c'est principalement par cette interface que s'exprimeront les enjeux de personnalité modulant les réactions à la PPS.

En outre, il est apparu que la variable de grandiosité teintait en filigrane l'influence d'autres facteurs modulateurs comme le niveau d'expérience (ou plutôt développement) professionnelle ou la relation thérapeutique, suggérant que les réactions vives et aiguës à la PPS survenaient essentiellement lorsque la cohésion narcissique des thérapeutes reposait démesurément sur le processus thérapeutique, indifféremment de ce que les causes de cet investissement par le thérapeute soient attribuables à de l'immaturité professionnelle ou à des prédispositions caractérielles.

Au sein des facteurs appartenant à la personne du thérapeute, les notions de besoins narcissiques et de facultés autorégulatoires (réflexives) se sont révélées cruciales pour comprendre la nature de l'expérience de PPS et son assimilation par le thérapeute. C'est dire que la configuration des besoins narcissiques du thérapeute serait susceptible d'influencer la nature potentiellement grandiose de ses ambitions thérapeutiques, et affecter par là la nature et l'intensité de ses réactions au GSP. L'autorégulation, envisagée sous diverses formes et déclinaisons, fait pour sa part largement consensus comme facteur modulant les réactions à la PPS, mais n'a fait l'objet que d'une bien maigre vérification empirique dans la littérature. Si le phénomène du deuil d'un idéal du moi professionnel grandiose dans le contexte de la PPS a fait l'objet d'un certain appui jusqu'à présent, les principaux ancrages (niveau de développement professionnel et style

autorégulatoire) d'un tel processus chez le thérapeute demeurent encore à investiguer. Aussi nous semble-t-il logique d'en faire l'objet de la présente recherche.

CHAPITRE III

CONSIDERATIONS THEORIQUES SUR L'ASSIMILATION PAR LE THERAPEUTE DE L'EXPERIENCE DU GESTE SUICIDAIRE D'UN PATIENT

3.1 Introduction

Les données empiriques décortiquées aux chapitres précédents ayant permis d'éclairer les facettes essentielles de l'expérience de la PPS par les cliniciens, nous voilà à présent confrontés à la nécessité d'inscrire notre compréhension dans un cadre conceptuel rigoureux. À ce chapitre, la littérature n'offre pourtant aucun cadre théorique cohérent permettant de comprendre la manière dont les enjeux personnels colorent les réactions professionnelles du thérapeute à la PPS, ni pour expliquer sur quelles variables il importerait de capitaliser afin de favoriser la résolution et même maximiser la croissance qui peut en résulter. Aussi, ce chapitre s'intéressera-t-il à l'expérience de PPS par les cliniciens d'un point de vue théorique, à partir des quelques rares modèles qui furent évoqués pour la comprendre, le tout complémenté d'un paradigme dont l'ajout nous paraît indispensable à un ancrage théorique rigoureux et spécifique. Conformément à nos constats empiriques sur la nature du phénomène, nous interrogerons dans un premier temps deux théories cliniques de l'adaptation au stress et au trauma, afin d'en extraire quelques éléments de compréhension du processus d'assimilation voire de croissance traversé par les thérapeutes suite à l'expérience. Ensuite, l'introduction du modèle de développement professionnel de Skovholt et Ronnestad (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992), nous permettra de compléter l'élaboration d'une trame conceptuelle pour la présente recherche, avant de formuler, en conclusion, les questions de recherche qui feront l'objet d'une investigation dans les chapitres suivants.

3.2 Adaptation au stress et au trauma

Seulement trois théories touchant au stress et au trauma sont évoquées dans la littérature sur la PPS pour comprendre l'assimilation par les thérapeutes de l'expérience du GSP : la théorie de la croissance dans l'adversité basée sur la valorisation organismique (Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne *et al.*, 2007), le paradigme de la croissance post-traumatique (CPT, Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi *et al.*, 1998), et la théorie constructiviste de l'auto-développement (McCann & Pearlman, 1990a, 1990b; McCann *et al.*, 1988; Pearlman & Mac Ian, 1995). De ces trois modèles, nous ne décrivons que les deux premiers, du fait qu'ils s'inscrivent plus directement dans le sillage des conclusions dégagées au cours des deux chapitres précédents, à l'effet qu'il soit pertinent de s'intéresser aux résonnances développementales potentiellement positives d'un événement comme la PPS pour un clinicien. Tous deux sont extraits de la thèse doctorale de Munson (2009) qui, abordant la PPS sous l'angle d'un événement stressant et potentiellement traumatique, s'intéresse à l'impact du suicide d'un client sur la CPT du clinicien. À condition que l'on considère avec circonspection le postulat sur lequel s'appuient ces théories relativement à la nature « traumatique » du GSP pour le clinicien, elles peuvent s'avérer très enrichissantes et éclairantes. À ce chapitre, Munson (2009) est, à notre connaissance, le premier à inscrire sa thèse sur la PPS dans le paradigme de la psychologie positive, suggérant ainsi que la PPS peut constituer non seulement un stress professionnel mais également une opportunité de croissance pour le thérapeute.

3.2.1 Théorie de la croissance « dans l'adversité » basée sur la valorisation organismique

Intégrant une conception du stress post-traumatique centrée sur la personne (Joseph, 2003, 2004, 2005) avec des notions issues de la psychologie positive contemporaine, Joseph et Linley (2005) proposent une théorie de la croissance dans l'adversité basée sur le principe de valorisation organismique (Rogers, 1959, 1964).

Dans la foulée de la psychologie humaniste de Carl Rogers, la valorisation organismique (VO) réfère chez Joseph et Linley (2005) à la capacité physiologique innée des individus à (re)connaître ce qui est important pour eux et ce qui leur est essentiel afin d'alimenter le processus naturel d'actualisation de leurs pleines potentialités. Pour peu que l'environnement social fournisse certaines conditions essentielles à la croissance et à l'actualisation – nommément

de subvenir minimalement aux besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et de relation (*relatedness*) –, les individus sont postulés comme étant naturellement capables de croître et d'étendre leur vision d'eux-mêmes et du monde de manière à intégrer les nouvelles informations auxquelles ils sont constamment confrontés.

Les expériences stressantes, traumatiques ou d'adversité génèrent un bouleversement important dans l'univers expérientiel et représentationnel de l'individu, dans sa vision du monde et ses croyances. Les traumatismes suscitent la mobilisation des processus d'organisation et de complétion de l'expérience subjective du sujet, afin qu'il puisse se réorganiser. Seulement, les conditions environnementales nécessaires (et suffisantes) à la métabolisation d'une expérience de stress donnée ne sont pas toujours réunies dans l'environnement post-traumatique, comme elles ont pu ne pas l'être à des moments cruciaux de l'histoire développementale de la personne. Aussi, les auteurs conçoivent le TSPT comme étant la manifestation psychologique normale du processus de désorganisation d'un self confronté à une menace ou à un stress présentant une incongruence avec la structure du self d'une intensité telle que les capacités autorégulatoires et défensives, normalement suffisantes (moyennant des conditions environnementales adéquates) pour le maintien de la cohésion du self, se trouvent excédées.

S'ensuit un ensemble de symptômes d'intrusion et d'évitement inhérents au TSPT, expliqués par les auteurs (à l'instar de Horowitz, 2001; et de Janoff-Bulman, 1992) comme étant d'une part le fruit d'un stockage de l'information nouvelle en mémoire vive en attente de traitement (intrusion), et d'autre part le résultat d'un processus de défense contre la détresse et l'agitation suscitées par la saillance d'informations nouvelles bouleversantes (évitement). En somme, les symptômes traduisent l'expression d'un besoin du sujet de traiter (*processing*) cognitivement et émotionnellement l'information nouvelle.

La dissipation éventuelle des états aigus d'intrusion et d'évitement atteste de ce que les informations traumatiques nouvelles ont été intégrées, empruntant l'une des trois avenues épistémiques suivantes : a) la structure du self et la vision initiale du monde sont restaurées par le biais d'une assimilation des informations nouvelles au sein des schèmes pré-existants ; b) le self et les représentations s'accommodent à la nouvelle information, mais de manière négative, ou délétère à la croissance du sujet ; et c) le sujet s'accommode de manière positive, i.e. en intégrant de façon relativement harmonieuse les informations nouvelles post-traumatiques avec son

expérience authentique, dans une réalité redéfinie qu'il approche avec un certain optimisme. En vertu de la théorie organismique, le degré selon lequel les besoins fondamentaux du sujet ont été comblés dans son histoire développementale et dans l'environnement post-traumatique déterminera essentiellement la nature positive ou négative de l'accommodation qui sera opérée (Joseph & Linley, 2005, 2006). Pour sa part, l'assimilation est plutôt considérée comme une situation épistémique où ne s'instaure aucun dialogue véritable entre la nouvelle donne post-traumatique et le self du sujet, où ne sont pas abordées les significations profondes de l'événement pour la personne. Cette situation est également envisagée comme étant le fruit d'une certaine faillite des ressources internes et externes du sujet, i.e. en quelque sorte de l'interaction de l'environnement social introjecté du sujet et de celui en vigueur dans le contexte post-traumatique.

Le choc de l'expérience traumatique tend souvent à mobiliser chez le sujet un élan d'abord assimilatoire, visant l'obtention d'un apaisement rapide des symptômes (Payne *et al.*, 2007), et la métabolisation de l'événement pourra parfois en rester là, comme elle pourra, chez d'autres sujets, s'approfondir dans un second temps. Joseph et Linley (2005) sont d'avis que la stricte assimilation rend le sujet vulnérable à des fragmentations futures et des traumatismes ultérieurs, et que c'est plutôt l'accommodation positive qui serait essentiellement associée à la croissance, à un changement dans la vision du monde (Janoff-Bulman, 1992). En effet, la réconciliation congruente de l'expérience (de soi dans le contexte du trauma) et du self (structures et représentations du self qui prévalaient jusqu'alors) permettra éventuellement à l'individu de reprendre le cours de son mouvement naturel vers l'actualisation, vers le plein fonctionnement. La reprise de ce mouvement et l'atteinte éventuelle d'un niveau de fonctionnement supérieur au niveau pré-trauma constitue, selon les auteurs, une façon de concevoir concrètement la CPT, la croissance dans l'adversité.

En dépit de certaines limites qui nous semblent notamment attribuable à son accent particulièrement cognitif, le modèle de Joseph et Linley (2005) nous paraît offrir plusieurs contributions intéressantes à un effort de compréhension de l'expérience que font les thérapeutes de la PPS. D'abord, il permet de replacer l'événement de PPS dans un contexte relativement développemental. S'appuyant le postulat selon lequel les personnes (et thérapeutes, au plan professionnel) sont naturellement mues par une tendance à se développer, les auteurs rappellent qu'il importe de s'intéresser aux impacts positifs et développementaux d'une expérience

d'adversité. Pour autant qu'on recadre cette théorie dans le contexte du développement professionnel, l'invitation des auteurs présente une pertinence directe avec les nombreuses recherches recensées aux chapitres précédents, dans lesquelles les thérapeutes dégagent, à plus ou moins long terme, des impacts positifs de la PPS sur leur pratique et leur développement professionnels. Il importera de définir ce que l'on entend par croissance dans un contexte professionnel chez les psychothérapeutes, mais l'idée est néanmoins fort intéressante.

Deuxièmement, le modèle de Joseph et Linley (2005) permet, via les notions d'assimilation et d'accommodation, d'analyser de façon relativement micro les tendances individuelles à la croissance (accommodation positive) et à la stagnation (assimilation) développementales, au fil des expériences traversées. Essentiellement, le modèle fournit une trame explicative aux différents destins épistémiques possibles à l'expérience d'adversité, en articulant le moteur développemental sous-jacent (processus de valorisation organismique) avec les différentes conditions internes (personnalité, héritage développemental) et externes (environnement social) qui en modulent l'expression. Les différences individuelles quant aux réactions à l'adversité sont ainsi postulées comme étant fonction : 1.) de l'intensité relative de l'événement (écart entre les constats qu'il impose et la structure pré-existante du self du sujet en termes d'attentes et de croyances face à lui-même et au monde); 2.) de la personnalité du sujet (dispositions héritées de l'histoire développementale, à agir conformément au processus de VO); 3.) de l'authenticité du sujet (degré de conscience réflexive et d'ouverture expérientielle aux manifestations du processus de VO; encore une fois largement tributaire de l'histoire développementale); et 4.) des facteurs contextuels sociaux (réponse post-traumatique de l'environnement social en regard du processus de VO, i.e. favorable ou délétère). La réponse initiale et les impacts aigus se caractériseront par un mouvement d'abord assimilatoire, et cèderont graduellement la place à une accommodation positive à mesure que le sujet parviendra à s'engager dans un dialogue réflexif interrogeant la signification de l'événement plutôt que son explication.

Ainsi qu'on l'a vu au chapitre précédent, la PPS ne semble avoir d'impact négatif problématique que dans la mesure où elle génère une crise de l'idéal du moi professionnel que le thérapeute se voit incapable de métaboliser en raison d'enjeux de personnalité venant inhiber ses dispositions réflexives. Dans les termes de Joseph et Linley (2005), cela reviendrait à dire que la majorité des cliniciens parvient à plus ou moins long terme à une accommodation positive de leur

identité professionnelle intégrant les limites brutalement révélées par la PPS, mais que certains cliniciens, du fait d'aspirations professionnelles particulièrement grandioses et/ou de dispositions autorégulatoires plutôt réprobatoires, seraient plutôt portés à chercher à assimiler l'événement ou à s'accommoder négativement. Les manifestations pathologiques de projection énoncées au chapitre précédent pourraient constituer des exemples de tentatives assimilatoires des thérapeutes cherchant à préserver l'intégrité de leur identité pré-traumatique. En outre, les manifestations autodépréciatives et mélancoliques pourraient suggérer, à plus long terme, la présence d'une accommodation négative. D'un point de vue quantitatif, on pourrait penser que les thérapeutes moins grandioses ou autopunitifs risquent de présenter une réaction initiale de moindre intensité, donc un élan assimilatoire défensif moins violent. Ces thérapeutes devraient également présenter, à long terme, des signes de croissance professionnelle plus évidents. Un problème conceptuel se pose cependant ici, et nous oblige à nuancer l'idée de l'accommodation positive comme seule réponse développementale dite saine: qu'en est-il de la réaction de thérapeutes déjà matures ? L'assimilation n'apparaît-elle pas en ce cas comme seule réponse possible mais non moins saine ? Sans doute y aura-t-il lieu « d'accommoder » le modèle de Joseph et Linley (2005) aux fins de l'adaptation que nous tentons d'en faire au contexte de la PPS. Mais retenons néanmoins, outre son accent « positif », l'utilité certaine du modèle pour la description des réactions des cliniciens, et l'articulation de leur compréhension dynamique dans l'interaction entre l'événement, son contexte, et les antécédents développementaux du thérapeute.

3.2.2 Modèle fonctionnel descriptif de la croissance post-traumatique

Dans la même mouvance que celle de Joseph et Linley (2005), Tedeschi et Calhoun ont élaboré la synthèse empirico-théorique probablement la plus influente et connue à ce jour dans le domaine de la croissance post-traumatique (CPT, Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi *et al.*, 1998). Leur modèle fonctionnel-descriptif s'appuie sur des principes semblables aux autres théories de croissance dans l'adversité, notamment : 1.) la nécessité d'un événement bouleversant significativement l'univers représentationnel de l'individu et les schémas fondamentaux qu'il porte à l'égard de lui-même et de sa place dans le monde qui l'entoure, et 2.) le fait de placer l'expérience traumatique et la croissance qui peut en découler à l'intersection de facteurs individuels (développementaux) et contextuels (l'expérience dialogique de construction du récit autobiographique du trauma). Mais l'accent du modèle est encore plus

cognitif que dans celui décrit plus haut, et sa particularité réside en ce qu'il s'articule principalement autour de la notion d'activité cognitive « ruminatoire » du sujet comme processus central dans l'assimilation des expériences stressantes et dans la CPT. À ce chapitre, les auteurs définissent deux phases de traitement cognitif de l'information émotionnelle traumatique pour la reconstitution et la transformation des schémas fondamentaux « fracassés » par le trauma. D'abord, le sujet cherchant à comprendre et attribuer un sens à ce qui lui est arrivé traversera une première phase où son activité ruminatoire sera dite « automatique », reflétant l'effort cognitif investi dans la restauration des schémas prétraumatiques. Elle se traduit par les symptômes de reviviscence et d'intrusion qu'on observe généralement dans les syndromes de réactions de stress, et la détresse psychologique et émotionnelle qui en découle est postulée comme étant à l'origine des comportements d'évitement, également inhérents aux réponses de stress (Horowitz, 2001). Par la suite, à mesure que le processus ruminatoire sera renforcé par un soutien social positif et par l'expérience de nouvelles stratégies d'adaptation favorables à la construction de nouveaux schémas post-traumatiques, l'activité cognitive pourra connaître une transition la voyant graduellement passer d'automatique à plus intentionnelle et délibérée, en somme, réflexive. C'est ce type d'activité cognitive qui permet selon les auteurs la transformation adaptative des schémas et la construction de récits autobiographiques (narratives) attribuant un sens profond à l'expérience traumatique et à la croissance qui en résulte.

Une telle transition permise par l'atténuation de la détresse émotionnelle et l'intentionnalisation de l'activité ruminatoire s'articulera phénoménologiquement autour du désinvestissement d'une réalité pré-traumatique dont les objectifs et croyances ne sont plus valides dans l'environnement post-traumatique. Les auteurs voient dans cette composante d'acceptation un parallèle évident à établir entre le processus de CPT et le travail de deuil (Tedeschi & Calhoun, 2004). Il s'agit dans ce cas de faire le deuil d'une vision de soi-même et du monde tel qu'on les connaissait avant l'événement traumatique. Dans les termes de Joseph et Linley (2005), la croissance passerait ainsi par une accommodation (positive) des schémas pré-traumatiques à la nouvelle donne post-traumatique.

Préoccupés davantage par les fruits de l'événement que par ses antécédents, Tedeschi et Calhoun (1996, 2004) identifient cinq domaines de la CPT : appréciation accrue de la vie et priorités transformées, relations plus intimes et chaleureuses avec autrui, sentiment accru d'une force personnelle, reconnaissance de nouvelles possibilités et avenues de vie, et développement

spirituel. Ce sont là les sphères essentielles où se manifestent les bénéfices rapportés par les survivants de trauma, d'après ce qu'ont observé les auteurs au moyen de revues de littérature et d'entrevues menées auprès de survivants de trauma. La croissance relative à ces cinq domaines est postulée comme étant intimement liée au développement d'une sagesse face à la vie, et n'est pas mutuellement exclusive avec la persistance d'une certaine souffrance. La croissance est ainsi à distinguer du simple mieux-être et de l'atténuation des symptômes, quoique cette dernière, ainsi qu'on l'a vu, favorise en quelque sorte la première : la détresse psychologique constitue un facteur modulant l'expression de la CPT, mais une détresse résiduelle peut très bien demeurer présente à long terme en dépit d'une croissance évidente. Qui plus est, la persistance d'une détresse minimale favorise selon les auteurs le maintien en activité des processus ruminatoires, nécessaires à la genèse d'un nouveau récit traumatique. Au contraire, une détresse trop rapidement résorbée pourrait être révélatrice, pour rappeler les termes de Joseph et Linley (2005), d'une assimilation opérée plus automatiquement, sans que les schémas fondamentaux du sujet aient été modifiés au moyen d'une activité ruminatoire intentionnelle, sans qu'il y ait eu croissance, en somme.

Les principaux facteurs modulateurs de la CPT sont les caractéristiques individuelles, l'expérience dialogique du dévoilement, et la résilience des processus ruminatoires – ce dernier facteur étant au fond essentiellement une caractéristique individuelle (Tedeschi & Calhoun, 2004). En termes de caractéristiques individuelles, les auteurs mentionnent essentiellement la personnalité (traits d'extraversion, d'ouverture à l'expérience, et d'optimisme) et l'autorégulation émotionnelle. Mais en fin de compte, si l'on apparente la résilience des processus ruminatoires à l'idée d'un certain optimisme, et que l'on considère la qualité de l'autorégulation émotionnelle comme touchant aux facultés réflexives d'ouverture à l'expérience, on constate que les facteurs modulateurs individuels concernent essentiellement la personnalité. Ne reste donc plus, outre la personnalité du sujet, que l'expérience du dévoilement comme facteur modulateur de la CPT. Par ailleurs, si la question du dévoilement semble prendre en compte l'aspect environnemental de la CPT – la construction du récit traumatique s'inscrit idéalement dans un dialogue avec un environnement social réceptif et favorable – les auteurs semblent ultimement d'avis que ce n'est pas tant l'événement que la manière dont la personne compose avec qui déterminera la proportion d'impacts positifs et négatifs d'un trauma (Aldwin & Levenson, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004). Autrement dit, même l'expérience dialogique du dévoilement n'aura ultimement d'impact

qu'à travers son inscription dans le champ phénoménologique du sujet, essentiellement structuré par sa personnalité.

Appliquant le cadre conceptuel de Tedeschi et Calhoun (1996, 2004) à la PPS, Munson (2009) s'intéresse aux facteurs modulant les manifestations de la CPT chez les cliniciens ayant vécu la PPS. Investiguant principalement les variables liées au thérapeute, l'auteur examine l'impact du surmenage professionnel (burnout), de la fatigue (ainsi que la satisfaction) de compassion, du nombre d'années d'expérience, et du niveau de formation spécifique en matière de suicide, sur le degré de CPT suivant la PPS. D'autres facteurs liés à l'environnement de travail (soutien clinique, milieu de travail clinique actuel et au moment du GSP, charge hebdomadaire de travail avec clients suicidaires actuelle et au moment du geste) et aux antécédents du thérapeute en matière de PPS (délai écoulé depuis dernière PPS, nombre de PPS vécues en carrière) sont également considérés dans l'étude.

De son enquête menée auprès de 117 cliniciens ayant vécu la PPS dans un délai moyen de 6,6 ans, l'auteur constate une relation positive significative entre le niveau de CPT et le nombre de patients suicidaires au moment du geste, la fatigue de compassion, et le temps écoulé depuis de GSP. Il constate également une relation négative entre la CPT et le niveau d'expérience professionnelle, en terme de nombre d'années. Munson (2009) semble attribuer l'impact de la charge de patients suicidaire sur la CPT à une certaine fragilisation engendrée par le travail avec des clients « stressants » ou difficiles, qui prédisposerait le clinicien à la crise profonde nécessaire à la CPT. Dans une optique semblable, constatant que fatigue de compassion et CPT peuvent coexister chez les cliniciens après la PPS, l'auteur rappelle l'affirmation de Tedeschi et Calhoun (1996, 2004), selon laquelle les facultés qui rendent le clinicien sujet à la fatigue de compassion sont les mêmes que celles lui permettant de transformer les expériences négatives en CPT. Il y voit ainsi un appui à la théorie, suggérant qu'un certain degré de détresse demeure essentiel à la CPT, et que détresse et croissance ne sont pas mutuellement exclusives, ainsi que l'avançaient Tedeschi et Calhoun (1996, 2004). En ce qui concerne le temps écoulé depuis le GSP, Munson (2009) semble arriver aux mêmes constats que ce que l'on retrouve dans la littérature empirique sur la PPS, à l'effet que le passage du temps atténue la détresse, et ouvre la voie à une lecture constructive de l'événement, à une forme de croissance.

À son étonnement, Munson (2009) constate par ailleurs une relation négative entre l'expérience professionnelle et la CPT. Il perçoit un paradoxe entre ce constat selon lequel les thérapeutes comptant plus d'années d'expérience clinique présentent une CPT plus faible, et celui voyant au contraire la CPT augmenter avec le nombre d'années écoulées depuis la PPS. Sans élaborer sa compréhension du paradoxe, l'auteur cite différentes recherches ayant observé un lien entre l'intensité de la réaction initiale au GSP et l'expérience professionnelle (Brown, 1987a; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Kleespies *et al.*, 1993), pour suggérer que le potentiel de CPT soit fonction de l'intensité de la réaction initiale au GSP. Les cliniciens novices seraient ainsi plus susceptibles de connaître de la CPT, puisque c'est chez eux que l'événement est le plus susceptible d'engendrer les bouleversements profonds nécessaires au changement et à la croissance. Son explication de la plus grande résilience des thérapeutes expérimentés face à la PPS concerne essentiellement des aménagements à leur pratique que ceux-ci auraient pu opérer avec l'expérience, choisissant des conditions de pratique (contexte, clientèle, etc.) qui les apaisent et qui minimisent l'intensité de leurs réactions, voire qui diminuent les risques qu'ils soient confrontés à la PPS.

Les pôles du paradoxe qu'il souligne nous semblent procéder de mécanismes différents. D'abord, le fait de compter plus d'années d'expérience n'implique pas nécessairement que l'événement soit survenu il y a plus longtemps, bien qu'il puisse exister une certaine corrélation entre les deux. Vient ensuite la question de l'expérience professionnelle. Alors qu'il est clair chez Tedeschi et Calhoun (1996, 2004) que les facteurs individuels de personnalité sont ceux qui modulent avec le plus d'influence le potentiel de CPT chez les sujets, il nous paraît remarquable qu'aucune mention de l'identité (personnelle et professionnelle) ou de la personnalité ne soit faite par Munson (2009) pour comprendre les distinctions entre novices et experts. Le fait que les experts soient moins ébranlés que les novices ne pourrait-il pas être attribuable à quelque chose chez eux qui, comme leur identité professionnelle (Brown, 1987a; Eckler-Hart, 1987; Foster & McAdams, 1999; Grad *et al.*, 1997; Litman, 1965; Wells, 1991), serait plus stable et solide que chez les novices? Étant moins ébranlés, ils se remettent moins en question, et rapportent par conséquent moins de changement que les novices suite à un événement comme la PPS, soit. Mais cela est-il forcément une mauvaise chose, ainsi que semble le suggérer Munson (2009)? Il nous semble de toute évidence que non.

Cette lecture que fait Munson (2009) du phénomène nous paraît limitée par des problèmes conceptuels inhérents à la notion de croissance. Envisagée sans ancrage théorique rigoureux, cette dernière peut en effet conduire à ce genre d'aberration empirique ou interprétative. À première vue, il paraît évident que quelqu'un de plus « mature » présente un potentiel de croissance moindre, pour peu qu'on envisage la croissance autrement que comme une tendance linéaire infinie. De même, comme nous l'avons souligné chez Joseph et Linley (2005), il n'est pas choquant d'imaginer un thérapeute chevronné réagir par une saine assimilation à un événement qui, en somme, ne vient pas bouleverser dramatiquement son identité professionnelle, et encore moins sa vision du monde. Croissance et accommodation ne doivent pas être envisagées comme une finalité à tout prix. Il paraît donc plus ou moins indiqué de parler de CPT lorsqu'on s'intéresse aux thérapeutes chevronnés, d'abord parce que ceux-ci sont moins « traumatisables » du point de vue professionnel (et encore moins personnel, alors que la théorie de la CPT cible des changements plutôt personnels), et ensuite parce que la croissance, du point de vue professionnel, n'est pas linéaire et infinie. Aussi nous semble-t-il important de rappeler la notion de développement, laquelle permet de rendre compte d'une manière théoriquement plus rigoureuse d'une certaine direction de la croissance, et de son caractère relativement fini. Ajoutons que cela est d'autant plus vrai lorsqu'on parle de la sphère professionnelle : si le développement de vie peut sembler difficile à baliser, le parcours développemental des psychothérapeutes vers l'expertise, en revanche, fait l'objet d'un certain consensus dans la littérature, en ce qui concerne ses grands thèmes et la courbe de leur déploiement au fil d'une carrière de clinicien, depuis la formation jusqu'à la retraite. Ces notions seront élaborées plus loin dans le présent chapitre, mais soulignons pour l'instant les limites importantes d'un modèle de CPT pour traiter du phénomène de la réaction des psychothérapeutes à divers niveaux d'expérience, à la PPS.

Les quelques commentaires qui suivent feront office de conclusion à cette section sur les deux modèles que nous venons de présenter (Joseph & Linley, 2005; Tedeschi & Calhoun, 1995), inspirés de la psychologie positive. D'abord, il paraît vraisemblablement excessif de parler de CPT dans le contexte de la PPS, sachant que la majorité des cliniciens sondés ne rapportent pas un bouleversement en profondeur de leur univers représentationnel, existentiel ou spirituel. En effet, une détresse généralement résorbée en quatre semaines semble plus ou moins propice à mériter l'appellation de traumatisme, et serait probablement mieux caractérisée en termes de réponse de stress, sinon de stress aigu, si l'on cherche absolument à y apposer une étiquette clinique. Toutefois, compte tenu des impacts à long terme dégagés aux chapitres précédents – i.e.

la proportion significative d'impacts positifs rapportés à long terme par les cliniciens –, la contribution d'une perspective empruntée à la psychologie positive nous semble fort à propos. Il est en effet très pertinent de considérer les impacts de la PPS en termes de croissance et de développement, mais deux réserves nous semblent cependant dignes d'être mentionnées : 1.) il tiendrait de la candeur de ne s'intéresser qu'aux impacts positifs, sachant combien l'événement demeure essentiellement pénible de prime abord pour les cliniciens; et 2.) la majorité des impacts positifs recensés (comme les impacts négatifs d'ailleurs), on l'a souligné plus haut, concernent prioritairement la sphère professionnelle plutôt que la sphère personnelle, alors que les modèles empruntés à la psychologie positive semblent faire principalement référence à des éléments embrassant l'ensemble de la personne, notamment la dimension spirituelle. Il y aurait donc lieu de s'interroger quant à la possibilité de concevoir un paradigme plus spécifique au cas de la PPS, et de l'envisager plutôt en termes, par exemple, de croissance professionnelle post-adversité. Auquel cas, il nous paraît nécessaire de maintenir une perspective développementale, certes, mais davantage focalisée sur le self professionnel du clinicien, plus rigoureuse dans sa conception du développement en termes d'axes et de stades, et qui ne chercherait pas nécessairement à envisager le phénomène sous l'angle d'une amélioration. C'est au service de tels objectifs que la prochaine section présentera un modèle de développement professionnel des psychothérapeutes, qui permettra d'ancrer certaines notions empruntées à la croissance « post-adversité » sur un support théorique mieux adapté à la situation de la PPS.

3.3 Développement professionnel du psychothérapeute : la tradition de Skovholt et Ronnestad (1992)

Ainsi qu'il fut démontré plus haut, les modèles théoriques cités dans la littérature sur la PPS, malgré certains apports intéressants, ne permettent d'éclairer le phénomène que d'une manière trop partielle. D'abord, au-delà des réactions de stress résorbées en quelques semaines voire quelques mois, et même lorsqu'on les envisage en termes positifs ou liés à la croissance, les impacts du GSP à court comme à long terme sont essentiellement de nature professionnelle; ils ne concernent pas tant la place du sujet dans le monde que son identité et son sentiment de compétence professionnelles. Ensuite, d'un point de vue empirique, on constate de façon récurrente l'influence du facteur de l'expérience professionnelle dans la modulation de l'intensité de la réaction des cliniciens au GSP. Les principales causes expliquant l'impact de l'expérience professionnelle semblent concerner la grandiosité et la consolidation de l'identité professionnelle.

Des modèles liés au trauma ou à la CPT ne permettent guère d'expliquer ce phénomène. Finalement, de manière sous-jacente et sans que cela fût souvent vérifié empiriquement, la personnalité du thérapeute est systématiquement proposée dans la littérature comme facteur modulateur, mais essentiellement à travers l'influence qu'elle a sur le self professionnel du clinicien et sur la manière dont ce dernier investit le travail thérapeutique. Par conséquent, le recours à un modèle du self professionnel du clinicien s'impose afin d'élargir encore davantage notre compréhension du phénomène de la réaction des cliniciens à la PPS. Plus spécifiquement, un tel modèle paraît nécessaire afin d'identifier certains points d'arrimage de la personnalité dans la construction du self professionnel, de cerner les principaux axes du développement professionnel (surtout ceux concernés par la PPS), et de définir les notions de croissance et de maturité professionnelle qui semblent au cœur des enjeux soulevés par la PPS chez les cliniciens qui la vivent.

Parmi les modèles décrivant le développement professionnel des psychothérapeutes, les travaux de Skovholt et Ronnestad (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992) constituent assurément l'une des contributions les plus importantes à ce jour. Leur modèle est notamment le seul qui fût construit par induction à partir de données empiriques qualitatives, et continue de faire figure d'autorité lorsqu'il s'agit de considérer le développement des psychothérapeutes à l'échelle d'une vie entière (*life-span*), plutôt qu'uniquement dans le cadre de la formation académique ou des études graduées (Goodyear, Wertheimer, Cypers, & Rosemond, 2003). Rappelant les évidences empiriques actuelles démontrant l'importance centrale de la variable de la personne du psychothérapeute dans l'efficacité thérapeutique (p.ex. Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004; Wampold, 2001), Ronnestad et Skovholt (2003) soulignent que le courant de la recherche sur le développement professionnel des thérapeutes tend à démontrer de façon récurrente « les liens intimes et réciproques entre la manière dont les thérapeutes gèrent les défis et difficultés dans la relation thérapeutique, et l'expérience qu'ils font de la croissance ou de la stagnation professionnelles » (p. 40, traduction libre). Cela suggère que les facultés permettant de gérer efficacement la relation thérapeutique seraient également au cœur de la capacité des cliniciens à croître professionnellement de façon plus générale. Ainsi, comprendre l'efficacité thérapeutique nécessite que l'on s'intéresse à la personne du thérapeute et à son évolution professionnelle. Dans le contexte qui nous préoccupe, ce ne sont bien sûr pas tant les variables liées à l'efficacité thérapeutique qui nous intéressent, que celles liées à l'assimilation des événements professionnels critiques, en l'occurrence la PPS. Mais les liens entre ces deux

niveaux d'implications sont tels, que la PPS nous semble pouvoir être lue comme un exemple phare permettant de révéler certaines modalités d'interaction entre la personnalité et le développement professionnel. Nous avançons, en somme, que certaines facultés individuelles favorisant une assimilation positive de l'expérience de PPS constituent également des facteurs de développement professionnel sain de façon plus générale. C'est probablement dans cette équation que réside la proposition la plus originale de cette thèse, qui trouve là une de ses principales raisons d'être : il en va de la formation de cliniciens compétents et efficaces que d'identifier certains facteurs contribuant à leur résilience devant les expériences professionnelles critiques.

Au terme d'une enquête qualitative menée auprès de 100 psychothérapeutes dont l'expérience professionnelle variait de moins d'un an à plus de vingt-cinq années de pratique, Skovholt & Ronnestad (1992) proposent le modèle suivant : les psychothérapeutes évoluent selon une séquence en huit stades, sur un continuum qui va de novice à expert, en passant d'une pensée conventionnelle à un stade d'intégration qui se caractérise par une sagesse résultant d'expériences réflexives et de généralisations fondées sur l'expérience. À chaque stade qualitativement distinct correspondent des enjeux particuliers, dont l'assimilation dépend de la capacité du thérapeute à s'engager dans un processus réflexif permettant une croissance caractérisée par une réorganisation structurale de l'expérience subjective.

Leur rapport de recherche publié comme livre en 1992 présente d'une part les stades, et de l'autre les thèmes du développement professionnel. De huit stades thématiques en 1992 (conventionnel, transition vers la formation professionnelle, imitation des experts, autonomie conditionnelle, exploration, intégration, individuation, puis intégrité), Ronnestad et Skovholt refondent leur modèle en 2003 pour postuler six phases aux appellations davantage marquées par l'idée d'une progression temporelle (aidant profane, étudiant débutant, étudiant avancé, professionnel novice, professionnel expérimenté, professionnel senior). Suivant le même souci de parcimonie et de clarté que pour l'étiquetage des stades, les auteurs ont également réduit en 2003 de vingt à quatorze le nombre de thèmes qualifiant le processus d'évolution professionnelle des psychothérapeutes (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003). Pour les fins de notre démonstration visant à comprendre et illustrer certaines tendances linéaires du développement des cliniciens, il nous a semblé plus pertinent de nous intéresser essentiellement aux thèmes qui dénotent les dimensions progressant au fil des stades, plutôt qu'à la typologie des stades elle-même. Ceci étant dit, l'effort descriptif systématique des auteurs en 1992 pour caractériser

chaque stade selon huit dimensions (définition du stade, tâche centrale, affect prédominant, principales sources d'influence, rôle et style de travail, idées conceptuelles utilisées, processus d'apprentissage, et mesures d'efficacité et de satisfaction) nous sera cependant utile plus loin dans la section méthodologie, pour l'opérationnalisation qui sera faite de quelques critères importants du modèle sous la forme d'un questionnaire. Toujours est-il que c'est essentiellement pour ces raisons méthodologiques que nous choisirons de nous intéresser ici aux thèmes liés au mouvement développemental plutôt qu'aux stades en tant qu'entités qualitativement distinctes. À ce titre, la version 2003 du modèle semble plus cohérente avec nos objectifs.

3.3.1 Thèmes et axes du développement professionnel des psychothérapeutes

À partir des quatorze thèmes générés par Ronnestad et Skovholt en 2003, Goodyear, Wertheimer, Cyper, et Rosemont (2003) ont jugé approprié de tenter une condensation additionnelle, ce qui a mené ces derniers à proposer six ensembles de thème, regroupés en fonction de leur parenté thématique déterminée au moyen d'une analyse typologique hiérarchique (hierarchical cluster analysis, cf. Borgen & Barnett, 1987). C'est dans un effort de synthèse que nous présentons ici les thèmes de Ronnestad et Skovholt (2003) ainsi regroupés. Nous référons le lecteur à l'Annexe C, pour la formulation des énoncés dans leur langue originale anglaise.

Considéré dans sa globalité, le développement professionnel des psychothérapeutes selon Skovholt et Ronnestad (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992) constituerait un parcours complexes et parfois paradoxal allant, et ce toute la vie durant, de la rigidité à la souplesse, de l'anxiété au calme, de la grandiosité à l'humilité, de l'égoïsme à l'altruisme, des référents externes aux référents internes. Il s'agirait, en somme, d'un processus d'individuation professionnelle (notion que les auteurs ont vraisemblablement délaissée en 2003, sans explications). Dans le même ordre d'idées, le premier des regroupements proposés par Goodyear *et al* (2003, cf. Tableau 3.1) allie les thèmes 1 et 3, et décrit le développement comme un processus où les selfs professionnel et personnel font l'objet d'une intégration métacognitive (d'ordre supérieur) croissante au fil du temps, à condition que la réflexion continue permette un apprentissage optimal à chacun des degrés d'expérience. La formulation des énoncés va comme suit :

- Le développement professionnel implique une (méta-)intégration croissante des selfs professionnel et personnel.

- La réflexion continue sous-tend l'apprentissage optimal et le développement professionnel, et ce peu importe le degré d'expérience.

Ce processus semble ainsi s'apparenter à l'individuation dans la mesure où le self professionnel s'étaye sur le self personnel, dans un mouvement où il s'en différencie d'abord pour mieux s'en rapprocher ensuite, d'une manière de plus en plus intégrée et harmonieuse au fil du développement. Les deux éléments importants du thème concernent ainsi d'une part la congruence croissante entre le self professionnel et les valeurs profondes de personnalité du sujet, et d'autre part le caractère *sine qua non* de la réflexion continue pour permettre un apprentissage optimal, i.e. pour faire en sorte que chaque expérience professionnelle nouvellement rencontrée contribue à nourrir cette congruence. Dans son processus d'individuation professionnelle, le thérapeute se distingue et se définit d'une façon de plus en plus claire et harmonieuse, fait de plus en plus corps avec son rôle professionnel, qu'il sent de plus en plus cohérent avec ce que son expérience personnelle lui a permis d'apprendre sur lui-même. Ronnestad et Skovholt (2003) évoquent chez l'individu un besoin et une recherche croissante de compatibilité entre les choix professionnels et la personnalité. Dans le même esprit, Joseph et Linley (2005) font ressortir la valorisation organisationnelle et la tendance à l'actualisation comme moteur de la recherche individuelle de complétion de l'expérience. Mais au-delà de tels mouvements naturels sous-jacents, Skovholt et Ronnestad (1992) suggèrent que cette harmonisation personnelle-professionnelle ne peut s'accomplir que par le biais d'un processus de réflexion ajustant la conscience et la connaissance qu'a le thérapeute de lui-même, en fonction des expériences rencontrées. Cette réflexion s'appuierait sur les opérations épistémiques d'assimilation et d'accommodation (Piaget, 1970, 1972), ajoutent les auteurs. Autrement dit, moyennant une activité réflexive bien portante, les expériences professionnelles rencontrées devraient permettre de nourrir le développement professionnel en favorisant la congruence au sein du self personnel-professionnel.

Tableau 3.1: Regroupement des 14 thèmes de Ronnestad et Skovholt (2003; par Goodyear et al., 2003)

Thème 1:	Le développement professionnel implique une (méta-)intégration croissante des selfs professionnel et personnel.
Thème 3.	La réflexion continue sous-tend l'apprentissage optimal et le développement professionnel, et ce peu importe le degré d'expérience.

Thème 2.	Le focus du fonctionnement se déplace considérablement avec le temps, passant d'interne, à externe, à interne de nouveau.
Thème 5.	La cartographie cognitive change : les cliniciens novices s'appuient sur une expertise externe, et les cliniciens chevronnés s'appuient sur une expertise interne.
Thème 9.	Les clients constituent la principale source d'influence et d'enseignements.
Thème 10.	La vie personnelle influence le fonctionnement et le développement professionnels tout au long de la vie professionnelle.
Thème 11.	Les sources d'influence interpersonnelles animent et meuvent le développement professionnel davantage que ne le font les sources d'influence « impersonnelles ».
Thème 4.	Un vif engagement à l'apprentissage anime le processus développemental.
Thème 6.	Le développement professionnel est un processus long, lent et continu pouvant aussi être irrégulier, erratique.
Thème 7.	Le développement professionnel est un processus s'échelonnant sur une vie entière.
Thème 8.	De nombreux cliniciens débutants éprouvent une anxiété considérable dans leur travail. Avec le temps, la plupart parviennent à maîtriser l'anxiété.
Thème 12.	Les néophytes tendent à appréhender leurs collègues professionnels seniors avec de fortes réactions affectives.
Thème 13.	Une vaste expérience auprès de la souffrance humaine contribue à l'élévation des facultés de reconnaissance, d'acceptation et d'appréciation de la variabilité humaine.
Thème 14.	Le praticien voit s'opérer un changement dans sa perception du processus thérapeutique: du « self comme héros » au « client comme héros ».

Cette perspective nous paraît offrir un support intéressant aux constats empiriques dégagés aux chapitres précédents dans le contexte de la PPS. En effet, elle permet de formuler certaines hypothèses explicatives quant aux réactions des cliniciens à cet événement, et aux aléas de leur développement professionnel par la suite. Peut-être pourrait-on avancer que le cumul des expériences professionnelles permet l'harmonisation personnelle-professionnelle en favorisant la formation par le sujet de représentations de lui-même comme agent (thérapeute) compétent. Son idéal et lui se rapprochent pour ainsi dire de plus en plus au fil du développement professionnel. Mais cela n'est vrai, bien sûr, que dans la mesure où les expériences de formation présentent un défi relativement modéré pour l'accommodation du self. Or dans le cas qui nous occupe, l'expérience professionnelle de la PPS, on l'a vu, peut entrer en conflit direct et d'une manière assez violente avec l'univers représentationnel de certains cliniciens, révélant ces derniers tristement faillibles là où, peut-être, ils entretenaient de façon plus ou moins consciente la fantaisie du contraire. Cela est d'autant plus vrai pour des cliniciens débutants, dont l'idéal du

moi est relativement grandiose et éloigné d'eux. Selon notre modèle, donc, la PPS affecte fortement et négativement le clinicien lorsqu'elle survient en contexte d'un grand écart entre le soi idéal et éprouvé, que ce soit pour des raisons de développement professionnel ou pour des raisons plus personnelles – le second influençant évidemment le premier. Dans ces cas, les facultés réflexives sont inhibées et l'on tombe plutôt dans un processus défensif, le « personnel » refusant inconsciemment d'intégrer l'image professionnelle qui lui est renvoyée par l'événement. Les constats empiriques concernant l'expérience plus difficile de la PPS par les thérapeutes novices tendraient à être supportés par cette théorie de l'idéal du moi professionnel. Selon ce modèle, et contrairement à ce qui était invoqué plus haut comme explication (cf. Brown, 1987a; Eckler-Hart, 1987; Grad et al., 1997; Litman, 1965; Wells, 1991, à propos de la fonction protectrice de l'identité professionnelle), le « personnel » n'est pas moins interpellé chez les thérapeutes matures et expérimentés; il l'est seulement d'une manière différente et moins douloureuse, au sens où ceux-ci n'attendaient pas d'eux-mêmes d'être autrement, meilleurs, plus compétents, etc. De ce point de vue, le problème n'est donc pas vraiment à savoir si la PPS doit être envisagée comme un échec personnel ou professionnel (la littérature suggère d'ailleurs, on l'a vu, que cela demeure essentiellement professionnel), mais réside plutôt dans le simple fait que (et le degré selon lequel) les cliniciens se représentent cette expérience comme un échec. Au-delà des réactions attribuables à une immaturité normale dans le contexte du développement professionnel, la littérature s'est contentée à ce jour de spéculer en ce qui concerne l'impact de la personnalité (grandiosité, style autorégulatoire) sur la capacité du clinicien à maintenir la viabilité de ses processus réflexifs à travers les défis – euphémisme dans le cas de la PPS – posés par certaines expériences de formation. Cette question demeure ouverte et, bien que sa complexité excède quelque peu le cadre de la présente recherche, méritera que nous tentions de la considérer sérieusement dans notre investigation.

Le second groupe de thèmes proposé par Goodyear *et al* (2003) est constitué des énoncés suivants :

- Le focus du fonctionnement se déplace considérablement avec le temps, passant d'interne, à externe, à interne de nouveau.
- La cartographie cognitive change : les cliniciens novices s'appuient sur une expertise externe, et les cliniciens chevronnés s'appuient sur une expertise interne.

Il concerne ainsi l'internalisation croissante des référents de l'expertise et du fonctionnement professionnels au fil du développement. Nous entendons par référents les

schémas conceptuels et procéduraux, scénarios cliniques, représentations, structures, valeurs, concepts et modèles professionnels à partir desquels travaille le clinicien, et Skovholt et Ronnestad (1992) entendent par internalisation leur caractère de plus en plus interne, i.e. égosyntone et intégré au self personnel à mesure que se développe le clinicien. Comparativement à celui du thérapeute novice qui est lourdement chargé d'emprunts de l'extérieur plus ou moins intégrés, « le noyau épistémologique du professionnel expérimenté est constitué de généralisations fondées sur l'expérience et relatives à des contextes spécifiques » (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003, p. 23, traduction libre). On pourrait dire que le self professionnel évolue progressivement des stades d'absent, à introjecté, à intégré, pendant que l'aidant se développe de profane, à novice, à expert. Ce n'est ainsi pas tant que l'expertise soit externe en début de pratique, autant qu'elle est à ce stade plutôt introjectée, et chargée d'emprunts de l'extérieur peu intégrés. Le noyau épistémologique du professionnel se développe à mesure que s'accomplit ce processus d'intégration. Le thème de l'internalisation est donc indissociable de celui qui précédait, au sujet de l'intégration croissante entre le personnel et le professionnel.

Skovholt et Ronnestad (1992) proposent la notion de sagesse accumulée (*Accumulated Wisdom*) pour désigner ce substrat référentiel principal émergeant de l'expérience professionnelle. Les auteurs rappellent toutefois de distinguer entre généralisations et généralités, soutenant que ces connaissances ne constituent pas des vérités universelles et qu'elles demeurent contextuelles, i.e. conditionnelles à un contexte. Selon cette notion, le cumul des expériences personnelles et professionnelles permettrait la multiplication et l'affinement progressif de scénarios cliniques qui formeraient la base procédurale implicite des référents auxquels puise le clinicien dans sa pratique (cf. Binder, 1999). D'un point de vue phénoménologique, ces scénarios devenus implicites ne seraient éventuellement plus tant envisagés par le professionnel comme des situations cliniques spécifiques, que comme des problématiques plus globalement humaines. En interpellant à nouveau les processus piagétiens cités plus tôt, on dira que les schémas cliniques procéduraux deviennent de plus en plus englobants au fil de l'expérience, et donc de plus en plus puissants en termes d'assimilation.

La sagesse accumulée de Skovholt et Ronnestad (1992) se construit dans une dialectique d'assimilation/accommodation entre le self du clinicien et les expériences personnelles et professionnelles significatives rencontrées. La croissance résulterait particulièrement de « moments de vérité » (*moments of truth*, Skovholt & Ronnestad, 1992) parsemant une carrière,

où la réflexion professionnelle continue permet l'ajustement des schémas conceptuels, affectifs ou comportementaux à une réalité nouvelle, là où d'autres formes plus conservatrice (visant le *statu quo* plutôt que la croissance ou le changement) de distorsion de l'expérience auraient d'ordinaire pu prévaloir, donnant plutôt lieu à une assimilation. Leur vision rejoint là celle des théoriciens de la croissance post adversité (Joseph & Linley, 2005; Tedeschi & Calhoun, 1995) concernant la nécessité d'un ébranlement en profondeur du self afin qu'il y ait croissance. Mais ainsi qu'on l'a dit, la puissance assimilatoire du noyau épistémologique du clinicien s'accroît avec le développement, et minimise les probabilités d'accommodation suite à une expérience donnée. Dans ce contexte, point de surprise de voir les thérapeutes chevronnés présenter des taux d'accommodation et de CPT moindre que leurs collègues novices suite à la PPS, ainsi que le constatait Munson (2009). De même, les données présentées aux deux premiers chapitres suggéraient clairement que la PPS ne constitue pas forcément un moment de vérité pour tous les cliniciens qui la vivent, *a fortiori* pour les cliniciens plus expérimentés. À travers la notion de sagesse accumulée et le caractère de plus en plus interne (donc plus englobant et assimilant) des référents professionnels, le modèle de Skovholt et Ronnestad (1992) nous paraît offrir une explication essentielle aux résultats de Munson (2009) et de la littérature sur la PPS. Jusqu'à un certain point, sans l'avoir nécessairement vécu au préalable, on pourrait penser que l'événement de la PPS se trouve en quelque sorte couvert par le répertoire de la sagesse accumulée du clinicien expert, qui ne voit pas sa vision de lui-même questionnée outre mesure par l'événement. Pour le novice, en revanche, une telle situation n'existe pas encore – son self professionnel n'étant guère différencié à ce stade –, et le seul point de référence dont il dispose est essentiellement externe (ou introjecté et mal intégré pour l'instant), et se rattache à un idéal du moi professionnel dont il se découvre tragiquement éloigné, d'où sa détresse accrue, ainsi qu'on l'a souligné plus haut.

Le rapport à l'idéal professionnel fera l'objet d'un autre groupe de thèmes élaboré plus loin, aussi retenons pour l'instant l'impact de la différence d'internalisation des référents sur les réactions des novices et des experts. Mentionnons toutefois une nuance sur laquelle les auteurs insistent à l'occasion : les référents du travail connaissent une trajectoire d'internalisation quelque peu paradoxale ou circulaire. Avant d'être majoritairement externes chez les apprentis thérapeutes, les référents du travail seraient d'abord essentiellement internes et intuitifs chez l'aidant profane, pour ensuite entreprendre du début le processus d'internalisation, alors qu'ils cheminent du stade de novice à celui d'expert. Pour rappeler une question discutée plus haut au

thème précédent, nous pourrions être tentés de voir dans l'introduction de cette nuance entre le profane et le novice un certain appui à l'hypothèse de l'identité professionnelle comme un bouclier protecteur dont ne disposent pas les débutant contre la PPS et les incidents professionnels critiques (Brown, 1987a; Foster & McAdams, 1999; Grad *et al.*, 1997; Litman, 1965; Wells, 1991). De ce point de vue, les aidants profanes seraient fortement ébranlés et vivraient la PPS comme un échec personnel, puisqu'ils n'expérimentent le travail et les événements professionnels qu'à partir de leurs référents personnels intuitifs. Malheureusement, les réactions spécifiquement propres aux aidants profanes n'ont fait l'objet d'aucune étude à ce jour – on admettra que le phénomène est pour le moins pointu. On sait en revanche que les novices réagissent très fortement, alors que les experts moins fortement. Cela suggère que le caractère interne des référents est autant source de fragilité (chez le profane) que de résilience (chez le senior). À nouveau, le facteur explicatif des réactions à la PPS ne résiderait pas tellement dans la dichotomie personnel-professionnel ou interne-externe, autant que dans le rapport et la proximité avec l'idéal du moi professionnel. Aussi cette nuance entre le profane et le novice nous semble-t-elle essentiellement théorique et conceptuelle, et peu utilisable pour les fins de la présente recherche.

Les postulats de Skovholt et Ronnestad (1992) au sujet du processus d'internalisation (intégration et personnalisation) des schèmes professionnels au fil du développement trouvent également un appui dans certaines recherches sur l'activité mentale et les processus réflexifs des cliniciens dans le travail thérapeutique. En effet, les travaux de Normandin et collègues (Lecours, Bouchard, & Normandin, 1995; Normandin & Bouchard, 1993), ont révélé de façon récurrente que les thérapeutes expérimentés présentent une activité mentale davantage réactive et moins réflexive que ce n'est le cas pour les novices. Évoquant une courbe semblable à celle décrite par Skovholt & Ronnestad (1992), ces résultats suggèrent que les thérapeutes débutants comme les experts seraient très subjectifs dans leurs réactions, seulement d'une manière différente au sens où ces derniers seraient – contre toute attente – moins conscients de la subjectivité de leurs réactions, alors que les novices chercheraient davantage à se positionner réflexivement et à maintenir une conscience des conflits affectifs suscités en eux par le matériel clinique. Pour des raisons méthodologiques que nous n'élaborerons pas ici, le devis expérimental propre à l'utilisation de la Grille d'Analyse du Contre-transfert (GAC: Normandin, 1991), l'instrument employé dans les recherches de Normandin et collègues citées ici, suscite des interrogations importantes relativement à sa validité écologique, et qui invitent à nuancer les inférences faites à propos de ce

que pourrait être l'activité mentale du thérapeute durant les séances thérapeutiques. Du reste, l'activité mentale réflexive ciblée par les recherches de Normandin et collègues diffère de la réflexion professionnelle de Skovholt et Ronnestad (1992) en ce qu'elle constitue une réflexion « dans l'action » plutôt que « sur l'action » (modes de réflexion *in action* et *on action*, cf. Schön, 1983, 1987). Si la première semble sujette à des variations selon le degré d'expérience, la seconde n'est l'apanage d'aucun niveau de développement professionnel en particulier, et sa viabilité chez le clinicien traversant une expérience de formation paraît soumise à l'influence de facteurs autres que l'expérience ou le développement professionnel. Dans le contexte de l'assimilation de l'expérience de PPS, ce n'est ainsi pas la réflexion dans l'action qui est en cause, mais bien la réflexion sur l'action, et que nous postulons comme étant la même qui permette le développement professionnel. Nous en examinerons plus loin les facteurs modulateurs d'après Skovholt et Ronnestad (1992). Retenons pour l'instant l'illustration que permettent les travaux de Normandin et collègues quant au processus d'internalisation des référents du travail, en démontrant notamment que les experts assument et incarnent la subjectivité de leur positionnement par rapport à du matériel clinique bien davantage que ne le font les apprenti-thérapeutes. Et gardons à l'esprit que ce caractère externe ou introjecté des référents professionnels des novices a vraisemblablement une incidence sur l'intensité de leur réaction à la PPS.

En troisième lieu, Goodyear *et al* (2003) proposent des thèmes regroupés autour de la nature éminemment relationnelle et expérientielle du développement épistémologique des thérapeutes :

- Les clients constituent la principale source d'influence et d'enseignements.
- La vie personnelle influence le fonctionnement et le développement professionnels tout au long de la vie professionnelle.
- Les sources d'influence interpersonnelles animent et meuvent le développement professionnel davantage que ne le font les sources d'influence impersonnelles.

Outre le contact avec les clients, qui constitue le facteur d'apprentissage et de développement unanimement placé au premier rang par les thérapeutes sondés à l'échelle internationale, Ronnestad et Skovholt (2003) rapportent que la supervision, la thérapie personnelle et les expériences significatives de la vie personnelle constituent les principales sources d'influence de la pratique de cliniciens à divers degrés d'expérience (Orlinsky, Botermans, & Ronnestad, 2001; Skovholt & Ronnestad, 1992). Sans minimiser l'importance de

l'influence des sources conventionnelles d'apprentissage comme la formation théorique, les auteurs soutiennent que leurs résultats tendent à confirmer la prédominance du type « social » (selon la typologie des personnalités vocationnelles de Holland, 1997) chez les psychothérapeutes, ce qui ne saurait évidemment surprendre. De plus, l'influence des expériences personnelles de vie, en particulier les expériences éprouvantes survenues en bas âge ainsi que dans l'âge adulte, se voit attribuer une importance cruciale par les cliniciens, en tant que bassin de résonance expérientielle à la souffrance humaine. Le développement professionnel du psychothérapeute est donc en grande partie un parcours de croissance humaine; c'est à partir de son humanité et de sa sagesse expérientielle que travaille le clinicien, et son déploiement s'effectue toute la carrière durant, à travers les relations avec les clients surtout, mais également dans la vie personnelle. Cela suggère, en principe, que l'expérience de vie des cliniciens plus âgés peut constituer une ressource pour nourrir le répertoire auquel s'alimente la sagesse clinique. En principe, disons-nous, parce que la sagesse humaine nous semble tributaire des mêmes mécanismes de réflexion que son homologue clinique. Aussi l'âge ou l'expérience ne sont donc pas synonymes de sagesse (ou de développement), bien qu'ils constituent généralement des facteurs favorables.

Certains auteurs rappellent que les expériences négatives dans la vie adulte sont reconnues comme ayant dans l'immédiat un impact négatif direct sur la pratique professionnelle mais que leur impact à long terme peut au contraire s'avérer très positif (p.ex. Guy, Poelstra, & Stark, 1989). Un peu à la manière que ce que l'on observait pour la PPS, ces expériences peuvent s'avérer bénéfiques en termes de croissance et de sagesse, à condition, bien entendu, que leur assimilation soit fondée sur un processus continu d'ouverture réflexive. Afin de comprendre ce phénomène, Ronnestad et Skovholt (2003) évoquent un discours plaçant l'interconnexion de la souffrance et de la sagesse au cœur du tissu social dans de nombreuses cultures, rappelant la notion archétypale du « guérisseur meurtri » (*wounded healer*, cf. Cristy, 2001; G. D. Miller, 2000; Sedgwick, 1994; Stone, 2008). On peut ainsi présumer que par le biais de la réflexion, les thérapeutes parviennent à croître même de leurs expériences personnelles négatives et développent une capacité de résonance empathique fort utile dans leur travail (Anonymus, 2007; Callahan & Dittloff, 2007; Cristy, 2001; Guy, 1987; Holmes, 1991; Kottler, 2002; G. D. Miller, 2000; M. L. Miller, 2008a, 2008b; O'Loughlin, 2003; Slaterry & Park, 2007). Rejoignant en outre les résultats empiriques de Machado *et al.* (1999) concernant les vertus empathiques d'une conscience accrue par les thérapeutes de leurs propres émotions, ces résultats pourraient

également tendre à supporter, par extrapolation, une thèse largement documentée concernant les bienfaits de la thérapie personnelle pour transcender leurs antécédents douloureux et conférer aux thérapeutes la capacité de résonner à partir de leur propre expérience émotionnelle afin de comprendre celle de leurs clients, tout en demeurant distincts (Baldwin, 2000; Guy, Stark, & Poelstra, 1988; Macran, Stiles, & Smith, 1999; Mahoney, 1997; G. D. Miller, 2000; Norcross, 2005; Orlinsky, Norcross, Ronnestad, & Wiseman, 2005; Orlinsky, Ronnestad, *et al.*, 2005).

Encore une fois, rappelons que ce n'est pas, selon la littérature, à travers ses impacts personnels et humains directs que la PPS ébranle généralement les cliniciens, mais bien à travers les enjeux professionnels qu'elle soulève. Aussi l'intérêt de ce groupe de thèmes dans le contexte qui nous occupe réside plutôt dans l'importance à accorder aux antécédents personnels et développementaux du clinicien, lesquels le rendraient plus vulnérable aux atteintes potentielles de certaines expériences de formation, ou limiteraient sa capacité à maintenir l'activité de ses processus réflexifs de manière à assimiler les épreuves rencontrées. À ce sujet, Pearlman et Mac Ian (1995) rapportaient que les thérapeutes avec une histoire personnelle de trauma vivent davantage de répercussions négatives que d'autres dans leur travail auprès de clients traumatisés. Selon les auteures, la personnalité du thérapeute constitue ainsi le terreau de ses vulnérabilités aux stress professionnels. C'est grâce à ses facultés réflexives que le thérapeute parviendra, dans une certaine mesure, à assimiler les sombres portraits de l'humanité véhiculés implicitement par ses clients traumatisés, et à les transformer de manière à nourrir pour lui-même, dans sa pratique et pour ses clients, de l'espoir et une certaine foi dans la quête du sens et dans le travail thérapeutique (Harrison, 2007; Pearlman & Caringi, 2009; Saakvitne, 2002; Saakvitne & Pearlman, 1996). Cela est bien sûr possible en autant que l'on considère que de telles facultés ne sont pas chez le thérapeute, contrairement aux clients traumatisés, trop sévèrement hypothéquées par des antécédents de trauma. Résumons donc simplement ce troisième groupe de thèmes en précisant qu'il ne décrit pas tant un axe de mouvement développemental comme les deux précédents, qu'une caractéristique essentielle et constante des principales sources d'influence du développement professionnel des cliniciens : elles sont principalement interpersonnelles, et leur utilité passe inévitablement par le filtre de l'apprentissage expérientiel par lequel la vie personnelle influence le self professionnel tout au long de la carrière. L'expérience subjective que fait le thérapeute de chaque événement de sa vie personnelle et professionnelle constitue une source d'influence importante et incontournable pour son développement et ses activités professionnelles de psychothérapeute. Aussi apparaît-il nécessaire de s'intéresser en priorité aux

structures du self personnel des thérapeutes, lorsque l'on explore les impacts d'événements comme la perte de patients par suicide, pesant lourdement sur le développement professionnel. Il est remarquable de constater que cela n'ait pratiquement jamais été fait jusqu'à présent.

Goodyear *et al.* (2003) suggèrent ensuite un groupe de thèmes décrivant le développement professionnel des psychothérapeutes comme un long processus non-linéaire, qui se poursuit toute la vie durant, et qui est mu par une vive soif d'apprentissage entretenant chez les thérapeutes un sentiment constant d'amélioration, de croissance, d'enthousiasme et de motivation à la pratique de leur métier. À travers les thèmes suivants:

- Un vif engagement à l'apprentissage anime le processus développemental.
- Le développement professionnel est un processus long, lent et continu pouvant aussi être irrégulier, erratique.
- Le développement professionnel est un processus s'échelonnant sur une vie entière.

Rønnestad et Skovholt (2003) constataient que l'engagement enthousiaste à apprendre et à se développer ne serait pas l'apanage des novices, et qu'il caractériserait en fait aussi tout particulièrement les experts ayant connu un développement fluide et harmonieux. Le développement professionnel des cliniciens ne s'effectuerait donc pas dans l'atteinte éventuelle d'un stade de stabilité et d'accomplissement ultime ou terminal, mais plutôt dans une accumulation continue de cycles complétés d'assimilation-accommodation d'événements critiques (pas forcément négatifs, mais à tout le moins minimalement bouleversants), comme autant de « moments de vérité » issus tantôt de la vie personnelle, tantôt de la pratique professionnelle des cliniciens. Il représente un parcours en dents de scie où, à travers des impressions alternées de croissance et de régression, la seule chose qui demeure constante, en filigrane, est le désir de se développer et d'apprendre. Il s'agit là du moteur fondamental de la réflexion professionnelle, que certaines conditions dépressives latentes ou réactives des cliniciens peuvent parfois suffire à éteindre ou inhiber. Cela rejoint ce que l'on constatait plus haut concernant la personnalité et le narcissisme du thérapeute comme facteurs modulateurs de sa réaction à la PPS. Sous cet angle motivationnel, il devient plus évident d'envisager l'impact professionnellement déprimant de la PPS, et comment pourrait éventuellement en résulter une stagnation professionnelle. Bien sûr, on l'a dit, certains cliniciens seraient davantage prédisposés que d'autres à connaître une telle dépression professionnelle, non seulement de façon constitutionnelle ou indépendante des stress professionnels aigus (forme latente), mais également

de façon plus spécifique aux enjeux touchés par la PPS (forme réactive). Les caractéristiques mélancoliques relevées par Tillman (2006) chez les cliniciens qu'elle a sondés pourraient refléter un tel exemple de vulnérabilité plus « spécifique », ici une certaine forme de dépression narcissique, réactive à la PPS.

Si le désir de croître et d'apprendre devrait idéalement demeurer d'actualité et bien vivant tout au long du développement professionnel des cliniciens, le cinquième groupe de thèmes de Goodyear *et al* (2003) rappelle aussi qu'un important apaisement de l'anxiété devrait normalement s'installer au fil de l'expérience, ainsi que le suggèrent les énoncés suivants :

- De nombreux cliniciens débutants éprouvent une anxiété considérable dans leur travail. Avec le temps, la plupart parviennent à maîtriser l'anxiété.
- Les néophytes tendent à appréhender leurs collègues professionnels seniors avec de fortes réactions affectives.

L'anxiété des débutants constitue un phénomène largement documenté (p.ex. Arkowitz, 1990; Arkowitz, 1995; Chapin & Ellis, 2002; Ellis, Krenzel, & Beck, 2002; Friedman & Kaslow, 1986; Gill, 1999, 2001; Glickauf-Hughes, 1994; Jackson & Stricker, 1989; Mollon, 1989; Neufeldt, 2007; Schafer, 1967; Skovholt & Ronnestad, 2003; Williams, 2008), que les résultats de Skovholt et Ronnestad (1992) expliquent notamment par : des standards élevés de performance, des attentes irréalistes, la conscience d'une certaine pression à la performance de la part de l'institution et de ses représentants (notamment les superviseurs), une peur de se découvrir inadéquat pour la pratique de la psychothérapie, ainsi qu'un manque de connaissances, de compétences et de confiance professionnelles. Toutes ces caractéristiques propres à la situation et au self professionnel embryonnaire du novice se combinent ainsi pour conférer à ce dernier un regard hautement évaluateur sur lui-même, lequel induit souvent une anxiété envahissant toutes ses sphères d'activités professionnelles (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003). Ces éléments majoritairement contextuels au développement professionnel seraient également en bonne partie responsables de la tendance des novices à présenter des représentations très polarisées d'eux-mêmes, de leurs collègues et de leurs supérieurs, i.e. selon des modes d'idéalisation et de dévaluation à très forte amplitude (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003). Compte tenu de la prévalence de ce genre d'enjeux chez les apprentis thérapeutes, on comprendra aisément pourquoi la littérature concernant les incidents critiques, notamment la PPS, s'est particulièrement intéressée aux impacts chez les débutants (p.ex. Balon, 2007; Biermann, 2003; Coverdale *et al.*,

2007; Fang *et al.*, 2007; Knox *et al.*, 2006; Misch, 2003; Pieters *et al.*, 2003; Pilkinton & Etkin, 2003; Reeves, 2003; Ruskin *et al.*, 2004; Schultz, 2005; Schwartz *et al.*, 2007; Spiegelman & Werth, 2005; Stratton, Kellaway, & Rottini, 2007; D. Sudak *et al.*, 2007; Turner *et al.*, 2005; Yousaf *et al.*, 2002). En effet, on ne s'étonnera guère de ce que la variable de l'expérience ait à maintes reprises vu les thérapeutes débutants se distinguer de leurs collègues plus expérimentés par l'importance de la détresse qu'ils vivaient suite à la PPS (p.ex. Brown, 1987a; Brown, 1987b; Chemtob *et al.*, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Cotton *et al.*, 1983; Goodman, 1995; Kirchberg & Neimeyer, 1991; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; McAdams & Foster, 2000). Ronnestad et Skovholt (2003) rapportent ainsi que, pour une majorité de thérapeutes, l'anxiété s'apaise et les représentations se normalisent et se nuancent avec le gain de confiance et d'expérience professionnelles. Mais il semblerait que ce ne soit pas le cas de la totalité des thérapeutes sondés. Dans le contexte de la PPS, certains chercheurs ne constataient en effet pas de lien entre le niveau d'expérience professionnelle et l'intensité de la réaction à la PPS (Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Cryan *et al.*, 1995; Grad *et al.*, 1997; Hendin *et al.*, 2004; Hendin *et al.*, 2000; Henry *et al.*, 2004; Howard, 2000; Pieters *et al.*, 2003). Nous en déduisons notamment l'hypothèse selon laquelle certains cliniciens conserveraient au-delà des premiers temps de la pratique professionnelle, une certaine anxiété potentiellement révélatrice de la persistance de caractéristiques développementales propres au self professionnel des novices. L'axe développemental mis en relief par ce groupe de thèmes, nommément la question de l'émotion prédominante dans le rapport de l'individu à sa pratique professionnelle, permettrait ainsi possiblement d'identifier des indicateurs de stagnation professionnelle potentielle, ainsi que de risque d'assimilation difficile d'incidents critiques comme la PPS. Plus précisément, les enjeux de grandiosité dans le rapport à l'idéal du moi professionnel sont particulièrement saillants chez les novices, mais pourraient également se retrouver chez des cliniciens plus expérimentés.

Le dernier groupe de thèmes proposé par Goodyear *et al.* (2003) va de pair avec le groupe précédent, en ce qu'il accompagne l'apaisement de l'anxiété de performance et la transformation du regard auto-évaluateur et des représentations polarisées. Il couvre sans doute le thème le plus pertinent et englobant dans le cadre du présent ouvrage, touchant essentiellement à la notion d'idéal professionnel. Le groupe est constitué des items suivants :

- Une vaste expérience auprès de la souffrance humaine contribue à l'élévation des facultés de reconnaissance, d'acceptation et d'appréciation de la variabilité humaine.

- Le praticien voit s'opérer un changement dans sa perception du processus thérapeutique: du « self comme héros » au « client comme héros ».

Ce groupe de thèmes semble suggérer le développement d'une certaine humilité dans le travail thérapeutique relativement aux attentes face aux succès de la thérapie, et face aux exigences incombant au rôle du thérapeute dans l'atteinte du succès thérapeutique. Les sujets de Skovholt et Ronnestad (1992) rapportent en effet une certaine forme de « lâcher-prise » accompagnant leur développement vers la sagesse professionnelle, attitude par laquelle ils se découvrent plus conscients et plus tolérants du caractère variable, imprévisible et incertain des aléas la vie, des situations difficiles et de la nature humaine de façon générale. Leur compréhension de la nature du processus de changement psychothérapeutique évolue conséquemment avec leur développement professionnel, de sorte que le locus du moteur de changement se déplace du thérapeute au client. Un idéal du moi professionnel moins tyrannique et plus accessible permet au clinicien de se soucier moins de sa performance et davantage du changement du client. L'aboutissement en est un paradoxe relatif où le thérapeute accompli est à la fois plus confiant en sa compétence et ses capacités d'un côté, et plus humble et conscient de ses limites par ailleurs.

Les auteurs rapportent principalement deux facteurs qui sous-tendent ce mouvement développemental des cliniciens vers un réalisme accru : d'une part, une quête personnelle d'insight, d'introspection et de réflexion menant au développement d'une certaine sagesse fondée sur la somme des expériences personnelles et professionnelles, et d'autre part, l'intégration au sein du self professionnel d'une série d'humiliations et d'échecs professionnels, par le biais d'apprentissages expérientiels et d'une démarche réflexive soutenue. Ces constats rejoignent de nombreuses perspectives théoriques et empiriques sur le développement professionnel des thérapeutes et le paradigmes des incidents critiques, comme quoi les stress et blessures professionnelles peuvent nourrir la croissance et la sagesse, à travers le développement de l'humilité (Arnold, Calhoun, Tedeschi, & Cann, 2005; Kottler & Blau, 1989; Kottler & Carlson, 2005, 2003a, 2003b; Mahoney, 1997; Skovholt & Jennings, 2004; Skovholt & McCarthy, 1988). Au même titre – peut-être encore davantage – que les succès, les échecs professionnels feraient donc partie intégrante du développement professionnel en ce qu'ils favoriseraient la révision des attentes irréalistes et des fantasmes d'omnipotences des thérapeutes débutants. Combinés à l'accumulation de succès thérapeutiques (ne négligeons pas cet aspect, quand même) élargissant

le registre personnalisé des référents implicites du travail thérapeutique, ces échecs favorisent un apprivoisement et une appropriation graduelle de son idéal du moi professionnel par le clinicien.

Dans ce contexte, la PPS émerge, à la lumière des données analysées aux chapitres précédents, comme une figure relative d'échec professionnel susceptible de s'inscrire dans une trajectoire développementale constructive, en ce qu'elle force notamment la révision des idéaux thérapeutiques et des responsabilités que s'attribue le thérapeute dans le processus de changement du client (E. J. Anderson, 1999; Bartels, 1987; Brown, 1987a; Cotton *et al.*, 1983; Darden, 2008; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a, 2005b; Kleespies *et al.*, 1993; Knox *et al.*, 2006; Moody, 2010; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Wells, 1991). En vertu du modèle de Skovholt et Ronnestad (1992), les questions plus personnelles soulevées par cet événement concernant notamment la souffrance humaine, la mort, la quête de sens et l'espoir, feront parallèlement l'objet d'une quête plus profonde de compréhension et de croissance personnelle, laquelle viendra éventuellement alimenter l'humilité dans le travail clinique par le biais du développement de la sagesse et de l'acceptation de certaines réalités existentielles inéluctables.

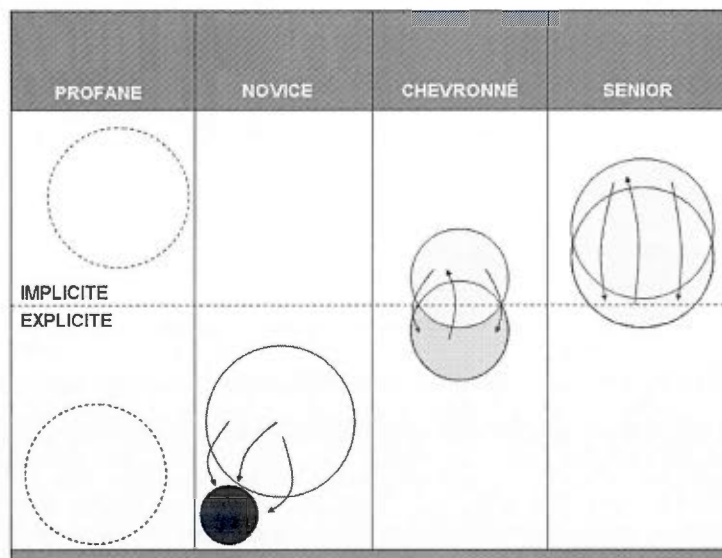
Selon une trajectoire développementale saine, i.e. mue par un processus de réflexion professionnelle continue, les thérapeutes devraient donc être en mesure d'accommoder leurs schémas personnels et professionnels et redéfinir leur perception de leur rôle professionnel, particulièrement à travers les épreuves rencontrées en carrière. Aussi, le thème du degré de grandiosité des attentes professionnelles et des idéaux thérapeutiques constituera-t-il un bon indice du niveau de croissance professionnelle, en ce qu'il sera directement interpellé dans la PPS. Si l'humilité professionnelle s'accompagne normalement d'une importante réattribution au client de la part de responsabilité qui lui incombe dans le changement thérapeutique, il est attendu qu'il en aille sensiblement de même pour les échecs thérapeutiques. Le clinicien « mature » n'assumera seul la responsabilité de l'échec pas plus que celle du changement thérapeutique. Skovholt et Ronnestad (1992) décrivent ce changement d'attitude chez le clinicien comme étant un mouvement d'une position narcissique à une position thérapeutique.

En guise de synthèse des principaux (groupes de) thèmes discutés dans cette section, nous proposons ici une esquisse des grands stades de développement du rapport à l'idéal du moi professionnel des psychothérapeutes. Sommairement, les grands axes que le lecteur sera invité à garder à l'esprit concernant donc le mouvement :

- des référents du travail : d'interne à externe à interne, d'intuitif à explicite à implicite, d'absent à introjecté à intégré ;
- des ambitions thérapeutiques : de grandioses à humbles ;
- de la perception du self professionnel : d'incompétent à compétent ;
- de la perception de l'écart face à l'idéal du moi professionnel : d'inatteignable à réaliste et rapproché ;
- de l'identité personnelle/professionnelle : de duelle et introjectée à intégrée et harmonieuse, d'égodystone à égosyntone ;
- de l'affect : d'anxieux à calme ;
- de la perspective quant à l'agent principal du travail thérapeutique : d'un focus sur le self vers un focus sur le client ;
- du focus réflexif : d'une hypervigilance vers une certaine transparence du self, d'une activité mentale plus réflexive à plus spontanée ;
- du processus épistémologique prédominant : de l'accommodation à l'assimilation.

De l'aidant profane jusqu'au thérapeute senior, le rapport à l'idéal du moi professionnel tendrait ainsi à évoluer de la façon suivante :

Figure 3.1: Stades de développement du rapport à l'idéal du moi professionnel



- Aidant profane : L'idéal est flou ou absent du champ de conscience. Il est essentiellement un terrain libre aux représentations personnelles et aux référents intuitifs, et pourrait se caractériser par une certaine naïveté.
- Apprenti-thérapeute / Novice : L'idéal est très présent à la conscience d'une façon anxiogène et presque oppressante, comme un corps étranger introjecté essentiellement constitué de matière externe non intégrée. Il est constitué des images de modèles et d'experts, d'où un important décalage (généralement pénible) perçu entre le soi idéal et le soi éprouvé (concrètement incompetent, parce que comptant à ce stade peu de connaissances ni de succès à son actif). Les angoisses suscitées par cette étape sont projetées sur les figures mentales, qui sont investies avec une ambivalence importante, à l'image du rapport à l'idéal du moi professionnel. Le processus d'explicitation de « ce qu'il faut faire » en est à ses balbutiements, et demeure un objectif central.
- Professionnel « installé »/chevronné : L'idéal demeure présent à la conscience, mais d'une façon apprivoisée et maintenant bienveillante. L'expérience professionnelle ayant – on l'espère – généré un certain nombre de succès concrets, l'idéal du moi professionnel comporte à présent davantage d'images du sujet comme agent compétent. En même temps, l'expérience d'un certain nombre de difficultés ou d'échecs professionnels a contribué à imposer au thérapeute une perception plus réaliste de ce qui est possible en thérapie, et donc de ce qu'il est raisonnable d'attendre de lui-même. Ce mouvement convergent de révision à la baisse des ambitions, et à la hausse de la représentation des capacités professionnelles, fait en sorte que l'idéal du moi professionnel apparaît maintenant comme étant plus proche d'être maîtrisé, et certainement maîtrisable. Il en résulte un apaisement évident de l'anxiété des débuts. Avec l'accroissement graduel du pouvoir assimilatoire des schémas cliniques procéduraux qui atteignent éventuellement une certaine saturation, s'achève le processus d'explicitation des tâches professionnelles, laissant bientôt la place à un *modus operandi* majoritairement implicite, nourri par le développement de la sagesse accumulée à travers l'expérience de vue et l'expérience professionnelle.
- Thérapeute senior/accompli : Le clinicien s'en étant rapproché au maximum, l'idéal est maintenant constitué essentiellement des propres représentations du sujet comme agent compétent, et se trouve de ce fait peu présent à la conscience, parce que pleinement intégré et considéré comme faisant partie du self (égosyntone, pourrait-on dire). Le clinicien est donc en paix totale avec son sentiment de compétence et ne s'inquiète plus de sa performance ; il

est à présent libre de se concentrer plus pleinement sur le client. Les référents du travail sont essentiellement procéduraux et implicites, et sont hautement personnalisés.

3.3.2 Facteurs modulateurs du développement professionnel des psychothérapeutes

Le lecteur aura remarqué qu'à travers notre exploration des principaux thèmes du développement professionnel parcourait en filigrane l'idée d'une tension constante au sein du mouvement développemental, entre la stagnation et le développement. Au-delà des axes thématiques du développement des psychothérapeutes, nous nous intéresserons à présent aux forces et facteurs susceptibles d'animer ou de freiner le mouvement développemental du thérapeute dans son individuation professionnelle.

Selon Skovholt et Ronnestad (1992), la réflexion professionnelle continue constitue le processus médiateur central qui déterminera à savoir si les thérapeutes vont stagner (i.e. connaître un pseudo-développement, une fermeture prématurée) ou se développer. Il s'agirait donc, selon les auteurs, du principal critère de « validité » de l'expérience professionnelle, la condition *sine qua non* permettant de distinguer un parcours professionnel de « vingt années d'expérience [d'un autre] de vingt fois une année d'expérience » (Skovholt, Ronnestad, & Jennings, 1997, p. 365, traduction libre). Autrement dit, en poussant le raisonnement à l'extrême : sans réflexion, pas de développement, seulement une expérience potentiellement stagnante, à la rigueur non-significative. La réflexion professionnelle continue de Skovholt et Ronnestad (1992) constitue une forme de réflexion sur l'action (Schön, 1983) portant spécifiquement sur l'articulation entre les selfs personnel et professionnel. Les auteurs la définissent comme étant « la quête continue et focalisée par le professionnel d'une compréhension toujours plus profonde, exhaustive et nuancée de lui-même, des autres, ainsi que des processus et phénomènes qu'il traverse dans le cadre de son travail » (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003, p. 38, traduction libre). Ils insistent également sur le fait qu'elle doive absolument s'appuyer sur une attitude d'ouverture à l'expérience personnelle, à la nouveauté et aux apprentissages, ainsi que sur une conscience et un respect considérables de la complexité du travail de psychothérapie et de l'expérience humaine de façon plus générale. La réflexion professionnelle continue favorise, de façon croissante au fil du développement, l'intégration constructive (i.e. qui génère un apprentissage, une croissance, une accommodation positive) par le thérapeute des expériences professionnelles rencontrées, qu'il métabolise de façon à harmoniser ses selfs personnel et professionnel, en maintenant une attitude

d'ouverture et d'exploration active. Bien au-delà du simple passage du temps et de l'accumulation des années, la variable de l'expérience, dans le contexte du développement professionnel, s'appuie ainsi sur le déploiement continu de facultés cognitives de réflexion, ainsi que de compétences et d'investissements affectifs très personnels de la part du thérapeute dans son travail.

Ces processus de réflexion professionnelle forment l'interface permettant d'assimiler non seulement les expériences professionnelles « ordinaires », mais également les incidents critiques, parmi lesquels trône évidemment la PPS et les GSP de façon plus générale. On se souviendra d'ailleurs du constat rapporté plus haut, selon lequel la réflexion constitue le principal critère identifié par plusieurs auteurs à ce qu'une croissance professionnelle résulte de l'expérience de PPS (Brown, 1987b; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kleespies, 1993; Misch, 2003; Moody, 2010; Rossouw, 2009; Silverthorn, 2005). L'assimilation par les cliniciens de l'expérience de PPS nous semble donc constituer jusqu'ici un exemple valide du processus par lequel les thérapeutes apprennent et croissent professionnellement, particulièrement en ce qui concerne la manière dont la réflexion permet la révision des facettes grandioses de l'idéal du moi professionnel. Mais la littérature a également révélé que la PPS pouvait, dans certains cas, susciter un mouvement défensif de distorsion de l'expérience et de stagnation professionnelle, plutôt que d'accommodation positive et de développement. La PPS constitue certes un facteur environnemental particulièrement stressant et de ce fait susceptible de poser obstacle au développement professionnel. Le modèle de S&R suggère, d'une part, que des conditions environnementales favorables en termes d'équilibre entre encadrement, autonomie, sécurité et défis, sont idéalement nécessaires au bon développement professionnel des cliniciens. Mais au-delà de telles conditions, ce sont essentiellement des facteurs individuels qui modulent la disponibilité du thérapeute à s'investir et à entretenir la vitalité de son processus de réflexion professionnelle. Nous examinerons à présent ces facteurs individuels (cf. Tableau 3.2), que nous avons intuitivement condensés en trois groupes, selon certaines parentés thématiques qui nous semblaient pertinentes, à la manière de ce qu'ont fait Goodyear *et al.* (2003) pour les thèmes du développement professionnel de Ronnestad et Skovholt (2003). Notons au passage que les énoncés ne sont pas mutuellement exclusifs ou indépendants, et comportent de nombreux chevauchements conceptuels. À nouveau, nous les présentons dans leur traduction française et référons le lecteur à l'Annexe C.

Tableau 3.2: Facteurs individuels modulant le développement professionnel

L'intensité fonctionnelle des motivations à être et à demeurer dans la profession;
Le contre-transfert occupationnel (éventail de réactions inconscientes à l'option professionnelle d'être thérapeute)
L'obnubilation par l'idée de sa propre guérison
L'internalisation
La conscience d'un méta-objectif de développement professionnel
L'attitude face à la complexité et au défi
La capacité à tolérer et à moduler les affects négatifs

Le premier groupe de facteurs modulateurs est constitué des éléments suivants :

- l'intensité fonctionnelle des motivations à être et à demeurer dans la profession;
- le contre-transfert occupationnel (éventail de réactions inconscientes au choix vocationnel d'être thérapeute);
- la préoccupation excessive par l'idée de sa propre guérison.

Dans l'ensemble, ce groupe nous semble désigner le thème du degré de conscience du thérapeute de l'ensemble des motivations (conscientes et inconscientes, développementales et pathologiques, etc.), a priori et représentations qu'il porte face au métier de psychothérapeute, ainsi que le degré optimal (ou non) de la gestion qu'il fait de leurs manifestations dans ses activités professionnelles. Il est question de l'éventail, de l'intensité et du degré d'adaptation fonctionnelle (i.e. ultimement, leur mise au service du mieux-être des clients) des manifestations de la quête développementale poursuivie par les thérapeutes à travers leur choix de carrière. Au-delà des motifs souvent évoqués pour choisir le métier de psychothérapeute (vouloir aider et comprendre les gens, rechercher un statut prestigieux, etc.), une foule de motivations inconscientes peuvent influencer la manière dont les cliniciens investissent leur profession (Farber *et al.*, 2005; Norcross & Farber, 2005; Sussman, 2007). Pour n'en nommer que quelques-unes, les besoins narcissiques, la quête de réparation d'un lien perdu, un certain voyeurisme, la

répétition d'un rôle familial de médiateur ou d'enfant « parentifié », la quête d'autorité et de contrôle, et l'assouvissement de besoins d'intimité/proximité interpersonnelle, sont autant de motivations développementales des thérapeutes à endosser ce rôle professionnel, mais potentiellement néfastes dans la mesure où elles peuvent s'immiscer à l'insu du clinicien dans son travail et prendre insidieusement le pas sur le bien-être des clients. Dans les cas (idéalement majoritaires) où les cliniciens sont parvenus à prendre conscience de leur héritage développemental et à l'intégrer à leur self professionnel de manière à transcender leurs blessures et sensibilités particulières, ils développent une capacité à résonner avec une profondeur empathique accrue à l'expérience de leurs clients, ce qui n'est pas sans rappeler la notion mythique du guérisseur meurtri (*wounded healer*, cf. Cristy, 2001; G. D. Miller, 2000; Sedgwick, 1994; Stone, 2008). Mais évidemment, ce n'est pas tellement lorsque les dyades thérapeutiques et les clients se portent bien que de tels enjeux se révèlent en tant qu'écueils, autant que lorsque les thérapeutes sont confrontés à des épreuves, des incidents critiques, des échecs professionnels. Nous l'avons suggéré aux chapitres précédents, la PPS pourrait vraisemblablement constituer un exemple phare du processus par lequel les thérapeutes peuvent se développer à partir de leur métabolisation d'une expérience de formation donnée, même éprouvante. Aussi le lecteur aura sans doute remarqué que les facteurs modulateurs du développement professionnel énumérés ici sont les mêmes que certains facteurs modulant la réaction des cliniciens et leur assimilation de l'expérience de PPS.

Nous avons formé le second groupe à partir des énoncés suivants :

- l'internalisation (vitalité de la quête d'authenticité professionnelle);
- la conscience d'un méta-objectif de développement professionnel;

Ce second groupe touche aux visées professionnelles à plus long terme des cliniciens, et à leur tendance naturelle à chercher à exprimer leur style personnel dans leur travail. Le thème du méta-objectif de développement professionnel aborde bien sûr plus directement ce point, mais la notion d'internalisation telle que nous la comprenons ici peut également s'inscrire dans de tels enjeux. S'il était raisonnable voire élégant d'envisager l'internalisation comme un thème et un axe important du développement professionnel ainsi que nous le faisons plus haut, le fait de la concevoir maintenant comme facteur modulateur du développement professionnel a certes de quoi laisser perplexe. En effet, si l'internalisation (on pourrait même dire « internalité ») des schèmes et référents du travail clinique constitue un objectif voire une finalité du développement

professionnel, il devient inutile de dire qu'elle le module, ce qui reviendrait à dire tautologiquement que le développement module le développement lui-même. Cependant, si l'on adapte légèrement l'idée d'internalisation pour parler du rapport du sujet à une certaine quête d'authenticité dans son travail, on comprendra plus aisément comment de telles dispositions pourront affecter sa disponibilité à apprendre de chaque expérience professionnelle pour nourrir son intégration personnelle/professionnelle. Le fait d'avoir pour objectif le développement d'une perspective hautement personnalisée dans son travail psychothérapeutique constitue ainsi de toute évidence un facteur augmentant les probabilités d'atteinte de stades élevés de développement professionnel. De même, Skovholt et Ronnestad (1992) concluent que le message récurrent de leurs sujets de recherche, au chapitre d'un méta-objectif de développement professionnel, tourne autour de l'idée de devenir de plus en plus soi-même d'une manière hautement compétente. Les auteurs sont d'avis qu'au-delà des objectifs de carrière concrets comme le développement d'une expertise et les étapes du cursus à parcourir pour y arriver, il est bénéfique pour le développement professionnel que le sujet développe une certaine énonciation à plus long terme de sa direction à l'échelle d'une carrière de 30 à 50 années de pratique. Ils rappellent également que cet élément caractérise rarement les débutants, ce qui suggère qu'il est également appelé à se développer et s'amplifier avec la croissance professionnelle.

Le troisième et dernier groupe concerne certaines dispositions tempéramentales et autorégulatoires des thérapeutes, et s'appuie sur les points suivants :

- l'attitude face à la complexité et au défi;
- la capacité à tolérer et à moduler les affects négatifs.

En partie du fait de certaines dispositions tempéramentales et innées, les thérapeutes diffèrent les uns des autres en ce qui a trait à leur rapport aux défis, aux difficultés, aux épreuves, à leur tolérance à l'ambiguïté, à l'incertitude, à l'inconfort et à la nouveauté, et à leur tendance à vouloir rechercher la nouveauté et être prêt à s'éloigner pour ce faire d'une certaine zone de confort. Le travail psychothérapeutique se fondant par essence même sur la complexité de l'expérience humaine, il importe que le clinicien cherche minimalement à cultiver ce genre d'attitude afin de connaître un développement professionnel prospère. Les auteurs semblent suggérer implicitement qu'une certaine frilosité intellectuelle et expérientielle pourrait autrement prédisposer le clinicien à la stagnation professionnelle. La vitalité du processus de réflexion professionnelle continue repose donc en partie sur l'attitude du clinicien face à la complexité qui,

amalgamée à une certaine curiosité intellectuelle et une soif de croissance, confèrera au clinicien une forme de mouvement vers l'avant apparenté à la tendance autoactualisante de Joseph et Linley (2005).

L'attitude face à l'adversité évoque également la notion de résilience et, si Skovholt et Ronnestad (1992) abordent cette attitude au sens général de l'approche du sujet face à n'importe quelle expérience nouvelle rencontrée, elle prend une signification particulièrement criante dans le contexte d'une épreuve professionnelle comme la PPS. Il est évident qu'un clinicien ayant naturellement tendance à se décourager plus facilement dans les épreuves connaîtra davantage de difficulté à apprendre et croître d'une telle expérience, et davantage de chances de se voir inconsciemment manifester des défenses susceptibles d'inhiber son ouverture réflexive, le laissant sur une voie de stagnation professionnelle plutôt que de développement. Le « système de défenses » en question est également, de l'avis des auteurs, du ressort du tempérament et des assises archaïques du développement de la personnalité, et concerne la capacité du sujet à tolérer et à moduler les affects négatifs. Bien qu'ils élaborent étonnamment peu sur cette variable d'autorégulation, les auteurs lui attribuent une influence fondamentale sur l'attitude face à la complexité.

La recherche sur les liens entre la personne du thérapeute et son développement professionnel s'est principalement déployée suivant deux axes : l'approche développementale et celle des traits de personnalité (Beutler *et al.*, 2004; Borders, 1989, 1990, 1998; Borders & Archadel, 1987; Borders & Fong, 1989; Borders, Fong, & Neimeyer, 1986; Eriksen & McAuliffe, 2003, 2006; Fong, Borders, Ethington, & Pitts, 1997; McAuliffe, 2006; McAuliffe & Lovell, 2006; Orlinsky & Ronnestad, 2005; Welfare & Borders, 2010). L'idée d'une capacité de base à gérer et moduler les affects négatifs, et d'un style autorégulatoire ainsi que nous en parlons ici pourrait être considérée comme relevant essentiellement de la seconde approche, celle des traits. Mais dans la mesure où l'on envisage la structuration de la personnalité d'un point de vue développemental, on acceptera de considérer avec davantage de nuances et d'influence bidirectionnelle l'interface entre le personnel et le professionnel. Dans le contexte de la présente recherche, nous cherchons à considérer simultanément les facettes personnelles immuables aussi bien que développementales de la personnalité du thérapeute, dans l'influence qu'elles peuvent avoir sur la réaction aux incidents critiques et sur le développement professionnel en général. Aussi, la variable du style autorégulatoire présentée ici doit être envisagée comme pouvant faire

partie d'une constellation structurale organisée autour des thèmes et enjeux qui ont jalonné l'histoire développementale individuelle du thérapeute. Il en découle en particulier que la notion de grandiosité, mise en relief dans le présent cadre théorique appliqué à la PPS, peut certes être considérée comme normale dans les premières phases du développement professionnel, mais qu'elle peut également procéder d'une organisation de personnalité propre au sujet, et refléter par exemple certaines défaillances au plan narcissique, tributaires d'une histoire développementale dont un corollaire fréquent consiste en une autorégulation problématique des affects négatifs, particulièrement en situation d'échec (de critique, d'évaluation, de jugement, etc.). Un style autorégulatoire négatif pourrait ainsi interférer avec les processus réflexifs du thérapeute dans et sur l'action, et constituer un obstacle au développement professionnel en faisant en sorte de perturber l'intégration des expériences de formation rencontrées. Nous souscrivons ainsi à l'hypothèse voulant : 1) qu'une réaction très vive et surtout une assimilation problématique de l'expérience de PPS pourrait être attribuable à une distorsion des processus réflexifs qui auraient normalement dû en permettre l'assimilation d'une manière favorable à la croissance professionnelle; 2) que la défaillance réflexive serait attribuable à un problème de régulation émotionnelle de l'échec professionnel représenté par la PPS; et 3) que la perception excessive d'échec pourrait émaner d'aspirations grandioses imputable à l'immaturité professionnelle, laquelle peut accompagner une phase normale du développement professionnel, ou encore découler d'un héritage développemental problématique au plan de la régulation de l'estime de soi, ce dernier se traduisant entre autres par un style autorégulatoire négatif en situation d'échec. Ces deux dimensions professionnelle et personnelle de la grandiosité se reflètent dans les constats dégagés au chapitre précédent concernant d'une part l'influence de l'expérience professionnelle des cliniciens sur leurs réactions à la PPS (Brown, 1987a, 1987b; Chemtob *et al.*, 1989; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Cotton *et al.*, 1983; Goodman, 1995; Kirchberg & Neimeyer, 1991; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; McAdams & Foster, 2000; Ruskin *et al.*, 2004), et d'autre part l'influence de leur personnalité (Grad, 1996; Grad & Michel, 2005; Hamel-Bissell, 1981; Hendin *et al.*, 2004; Horn, 1994; Worden, 2009).

De façon plus générale, il est intéressant de constater que les facteurs modulateurs du développement professionnel extraits ici chez Skovholt et Ronnestad en 1992 et qui persistent tout au long des ouvrages publiés dans cette tradition clinico-scientifique (Jennings, Hanson, Skovholt, & Grier, 2005; Jennings & Skovholt, 1999; Jennings, Sovereign, Bottorff, Mussell, & Vye, 2005; Skovholt, 2005; Skovholt *et al.*, 2001; Skovholt & Jennings, 2004, 2005; Skovholt *et*

al., 1997), sont pratiquement identiques à ceux identifiés par Harrisson (2007) comme facteurs de résilience des thérapeutes contre le « traumatisme vicariant ». En effet, sa recherche doctorale souligne l'importance de la conscience réflexive et l'ouverture des thérapeutes face à leur univers expérientiel et à leurs frontières personnelles et professionnelles, et insiste sur la nécessité pour les cliniciens de travailler à entretenir une saine relation avec eux-mêmes où sont cultivés l'espoir, l'optimisme, et l'ouverture sur la complexité et l'inconnu qui façonnent l'existence humaine. C'est dire, en d'autres termes, que les caractéristiques qui protègent les thérapeutes contre les impacts néfastes à long terme des aléas de la pratique (le « traumatisme vicariant » chez Harrisson) seraient les mêmes que celles qui préviennent jusqu'à un certain point la stagnation professionnelle, en permettant aux thérapeutes d'assimiler les expériences professionnelles d'une façon qui soit favorable à une certaine croissance professionnelle. Les résultats empiriques rapportés au second chapitre concernant la PPS suggèrent que cette expérience par les cliniciens procède des mêmes mécanismes, et que les mêmes caractéristiques individuelles d'autorégulation modulent la réaction des cliniciens à la PPS. Cette hypothèse demeure cependant à confirmer empiriquement, et c'est là l'un des objets de la présente recherche.

3.4 Synthèse et conclusion

En résumé, à la lumière des données empiriques recensées aux deux premiers chapitres qui suggèrent que :

- l'expérience de PPS par les thérapeutes touche principalement à des enjeux narcissiques, i.e. liés aux idéaux et aspirations professionnelles;
- les impacts demeurent surtout professionnels et pas tant personnels;
- l'expérience suscite une détresse évidente, mais qui se résorbe généralement avec le temps, et qui donne même lieu à une croissance professionnelle dans plusieurs cas; et, finalement
- des enjeux de personnalité et des dispositions individuelles particulières contribuent vraisemblablement à faciliter l'assimilation de l'expérience et la croissance qui peut en résulter.

Notre démarche théorique dans le présent chapitre visait par conséquent à explorer différents modèles de façon à obtenir une compréhension rigoureuse de l'éventail le plus complet des facettes essentielles du phénomène de la PPS.

Parce qu'il s'agit d'un événement stressant voire traumatique (plutôt qu'un deuil comme ce qui peut suivre la perte d'un proche), nous nous sommes d'abord inspirés de théories cliniques de la CPT qui proposent des avenues par lesquelles les individus peuvent récupérer et même croître suite à des expériences difficiles. À travers ces modèles, nous avons vu comment la réalité post-traumatique s'inscrit dans une conversation épistémologique avec le self, et comment elle peut être intégrée par le sujet suivant les processus d'assimilation et d'accommodation. Nous avons également examiné les processus et phénomènes par lesquels l'expérience d'adversité peut résulter en une croissance personnelle, i.e. en une accommodation dite positive. La notion d'une certaine réflexivité, d'une activité ruminatoire intentionnelle, est apparue comme étant la pierre angulaire permettant au self de s'accommoder aux bouleversements auxquels il est confronté, plutôt que de les assimiler simplement sous la forme d'un ajustement restaurant l'organisation pré-traumatique du self. Plus précisément, les recherches suggèrent que l'activité ruminatoire serait d'abord plus automatique, dans une phase initiale de choc et de régulation des émotions aiguës, pour ensuite devenir plus consciente et intentionnelle. Parallèlement à cette transition métacognitive, les modèles cités dans le présent chapitre faisaient également état de la nécessité d'un certain lâcher-prise par rapport à des objectifs et des croyances qui ne sont plus valides ou réalistes dans le monde « post-trauma », afin que la CPT soit considérée comme ayant eu lieu (Joseph & Linley, 2005). Les modèles théoriques de la CPT (et post-adversité) avaient, finalement, tous en commun le fait d'attribuer à des caractéristiques individuelles liées à la personnalité, l'impact décisif sur la capacité des individus à maintenir la viabilité de leurs processus réflexifs de manière à intégrer et croître des expériences traumatiques.

Ensuite, partant du principe selon lequel : a) la PPS ne génère pas un bouleversement en profondeur du self personnel, au sens où ses résonnances sont essentiellement professionnelles (même si leur modulation repose néanmoins sur des caractéristiques individuelles et la manière dont celles-ci infiltrent le champ expérientiel professionnel); et b) les recherches sur la CPT révèlent que la croissance n'est pas chose linéaire et infinie, mais n'élaborent rien quant à la possibilité d'une courbe de croissance, il nous est apparu nécessaire d'ancrer nos constats empiriques dans une théorie rigoureuse du développement qui soit plus spécifique aux thérapeutes. Dans ce contexte, l'examen des principaux thèmes du développement professionnel selon Skovholt et Ronnestad (1992) a révélé les axes développementaux suivants :

- Authenticité croissante, congruence croissante entre l'identité professionnelle et les valeurs personnelles profondes du sujet; le professionnel est de plus en plus proche de l'humain avec le développement professionnel
- Internalisation : Le professionnel est de plus en plus lui-même avec le développement professionnel, il est de moins en moins « quelqu'un d'autre »; ses référents professionnels sont moins externes et plus internes avec le temps;
- Implication : D'abord très conscient voire écrasé par l'explicitation de son travail, le professionnel s'appuie de plus en plus sur des référents implicites avec le développement professionnel;
- Réflexivité : L'apprentissage est réflexif, expérientiel et relationnel. C'est dans les expériences humaines qu'on apprend le plus, et à travers notre personnel qu'on comprend le mieux les clients, et ce de façon croissante au fil du développement professionnel.
- Humilité : Apprivoisement et révision de l'idéal professionnel, décentration du focus du self vers le client, mouvement d'une position narcissique à une position thérapeutique à mesure que le thérapeute prend conscience et accepte ses limites.

Il nous est éventuellement apparu que les thèmes du développement professionnel pouvaient en large partie être regroupés synthétiquement autour de l'évolution du rapport du thérapeute à son idéal du moi professionnel. Cette notion permettrait de rendre adéquatement compte de l'évolution des liens entre le personnel et le professionnel au fil du développement professionnel, et se présentait comme un élément pivot permettant d'articuler les constats empiriques concernant l'expérience de PPS avec le cadre théorique développemental exploré ici. En particulier, la nature narcissique, professionnelle et développementale de l'expérience de PPS paraît concerner directement la notion d'idéal du moi professionnel, en acceptant que l'on envisage cette dernière comme un axe central du développement professionnel. Le parcours vers la maturité professionnelle devient ainsi balisé plus clairement, et pourra éventuellement permettre d'expliquer des résultats empiriques que la présente recherche met en lumière et aura pour objectifs de préciser.

Par la suite, nous avons constaté, comme pour les théories de la CPT, que les principaux facteurs modulateurs du développement professionnel concernent essentiellement les caractéristiques individuelles découlant de l'histoire développementale personnelle du sujet. Nous pourrions les résumer selon les points suivants :

- Facultés réflexives : conscience et régulation des antécédents développementaux et de leur incidence sur les représentations et l'investissement de la pratique professionnelle par le thérapeute;
- Authenticité : Ouverture à l'expérience, dispositions naturelles à l'authenticité;
- Style autorégulateur : Caractéristiques tempéramentales en regard de l'appréhension de la nouveauté, du défi et de la complexité, et concernant la régulation des affects négatifs.

Comme les réactions des cliniciens au GSP n'ont à ce jour fait l'objet d'aucune validation empirique sérieuse sous l'angle des variables de la personnalité et du développement professionnel, alors que de tels facteurs apparaissent intimement liés à l'assimilation de cette expérience et à la croissance professionnelle de manière plus générale, la présente étude nous semble trouver là sa raison d'être. Il s'agira donc d'articuler les résonances professionnelles de l'expérience de PPS et la manière dont elles interpellent la grandiosité du clinicien, autant dans ses ancrages professionnels développementaux que dans ses racines liées à l'histoire personnelle, pour tenter d'en dégager une compréhension de certaines implications de l'idéal du moi professionnel dans l'assimilation des incidents professionnels critiques et dans le développement professionnel. La section suivante détaille les objectifs et certaines hypothèses de recherche de la présente étude.

3.5 Objectifs, questions et hypothèses de recherche

À la lumière du cadre théorique qui a précédé, la présente étude poursuit donc les objectifs suivants :

- Évaluer empiriquement l'intensité des impacts professionnels aigus et à plus long terme du GSP chez les psychothérapeutes
 - Investiguer la possibilité d'une certaine croissance professionnelle suite à l'événement
 - o Hypothèse : Nous devrions observer une diminution significative généralisée de l'intensité des réactions négatives (i.e. associées au stress, à la détresse, etc.) avec le temps, et probablement la persistance voire l'augmentation de l'intensité de réponse concernant des éléments constructifs de réaction (i.e. associés à la croissance et à la maturité professionnelle).
- Évaluer les effets sur l'intensité des réactions professionnelles, de facteurs issus :

- Du *style autorégulateur* du thérapeute (en tant que variable tributaire de sa personnalité et son histoire développementale) :
 - o Hypothèse : Nous devrions observer des réactions aiguës et à long terme d'une intensité généralement supérieure chez les thérapeutes présentant un style autorégulateur plus négatif (moins bienveillant),
- Du niveau de *développement professionnel* du thérapeute, en particulier le degré de maturité de ses ambitions thérapeutiques et de son idéal du moi professionnel :
 - o Hypothèse : Nous devrions observer des réactions d'une intensité généralement supérieure chez les thérapeutes moins développés de façon générale, en particulier au plan des ambitions thérapeutiques.
 - o Hypothèse : Nous devrions observer une diminution plus marquée de l'intensité des réactions chez les thérapeutes présentant un niveau de développement professionnel plus élevé.
 - o Hypothèse secondaire : Nous devrions observer un lien négatif entre l'âge ou le nombre d'années d'expérience professionnelle et l'intensité des réactions des thérapeutes, mais ce lien devrait être de force moindre que celui avec le niveau de développement professionnel.
- Du contexte :
 - o Qualité de la relation thérapeutique
 - Question exploratoire : Vérifier l'intensité du lien entre la réaction des thérapeutes et leur jugement rétrospectif quant à la qualité de la relation thérapeutique.
- Examiner les liens entre le niveau de développement professionnel et le style autorégulateur :
 - Hypothèse : Nous devrions observer des liens positifs entre le niveau de maturité professionnelle et le degré de bienveillance du style autorégulateur.

CHAPITRE IV

MÉTHODOLOGIE

4.1 Participants

Cette recherche s'intéresse ainsi aux impacts aigus et à plus long terme du GSP chez des psychothérapeutes, ainsi qu'à l'influence de facteurs émanant des cliniciens eux-mêmes (personnalité, niveau de développement professionnel) et du contexte de relation thérapeutique dans lequel s'inscrit le GSP. Elle a donc pour population cible les professionnels et futurs professionnels en santé mentale qui pratiquent la psychothérapie, au sens où cette activité est définie³ par l'Office des Professions du Québec (Trudeau, 2005, Novembre); qui sont, du fait de leur profession, susceptibles de connaître un ou des patients posant un geste suicidaire (soit un suicide complété ou une tentative de suicide ayant entraîné l'hospitalisation du patient); et qui, finalement, sont susceptibles de voir leur pratique et leur identité professionnelles ébranlées à divers degrés de sévérité par la survenue d'un tel événement. La description de l'échantillon est effectuée au chapitre suivant.

³ « La psychothérapie est un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique.

Elle se caractérise par les éléments suivants :

- un processus interactionnel structuré entre un professionnel et un client;
- une évaluation initiale rigoureuse;
- l'application de modalités thérapeutiques basées sur la communication;
- des moyens reposant sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et s'appuyant sur des méthodes d'intervention validées, respectant la dignité humaine, le cadre législatif et les règles déontologiques.

Elle a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel, comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité, dans son état de santé. Il s'agit d'un processus qui va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. »

4.2 Procédure

D'une part, les sujets furent principalement recrutés par l'entremise de leurs ordres professionnels (psychologues, travailleurs sociaux, conseillers d'orientation, psychoéducateurs), de leurs associations (p. ex. Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec), de leurs fédérations (p. ex. Fédération interuniversitaire des doctorants en psychologie), de leurs regroupements professionnels (p. ex. Groupe d'étude sur l'intersubjectivité) ou de leurs milieux de pratique (p. ex. milieux de stages dans le cas des internes en psychologie, centres de crise, etc.), tous ces bassins de recrutement n'étant pas mutuellement exclusifs. Leur participation fut sollicitée au moyen d'une lettre de recrutement (cf. Annexe A) décrivant la recherche, les critères d'admissibilité ainsi que la procédure de participation. D'autre part, un recrutement plus direct fut effectué auprès des membres de différents regroupements professionnels, par le biais de présentations de la recherche à l'occasion de congrès, de colloques et d'autres activités de rencontres professionnelles dont les thématiques présentaient une parenté relative avec celles de la présente recherche (p. ex. semaine de la prévention du suicide, conférences sur la psychothérapie des clientèles à haut risque suicidaire, conférences portant sur l'activité et l'expérience des psychothérapeutes dedans et en dehors de l'interaction thérapeutique, etc.).

Les participants intéressés, une fois leur réponse reçue, se voyaient transmis le protocole de recherche par voie électronique ou par la poste. L'envoi contenait les trois items suivants : une lettre d'introduction et de consignes pour la participation, un formulaire de consentement éclairé à signer puis retourner à l'équipe de recherche, et le cahier-questionnaire comprenant l'ensemble des instruments auto-administrés (cf. section suivante : Questionnaire socio-démographique, IDPSQ, QRPPGSP, QDPP, Questionnaire d'introject SASB/Intrex, WAI-S-Th). Les envois postaux contenaient également une enveloppe de retour pré-affranchie, adressée aux coordonnées de l'équipe de recherche. Dans le cas des envois électroniques, le questionnaire était retourné par la même voie, mais le formulaire de consentement, devant être signé, était retourné par télécopie à l'équipe de recherche. L'ensemble des données était traité de manière confidentielle, i.e. en dissociant le nom et les réponses de chaque participant et en attribuant un code à ces derniers. Cependant l'équipe a conservé un fichier d'identification des sujets ayant donné par écrit leur consentement à être contactés pour une entrevue d'élaboration de leur expérience du geste suicidaire de leur patient.

4.3 Instruments de mesure

4.3.1 Questionnaire sociodémographique

Les données nominatives concernant thérapeutes et patients, ainsi que les différentes variables contextuelles relatives au geste suicidaire de ces derniers furent recueillies par le biais d'un Questionnaire sociodémographique (Cabot, Drouin, & Séguin, 2006) inspiré de celui de l'enquête de Santé Québec (Santé Québec, 1988). Nombre d'éléments y ont été ajoutés pour les fins empiriques de la présente recherche, concernant notamment : la supervision professionnelle et la thérapie personnelle du thérapeute, la pondération des activités professionnelles du thérapeute (ainsi que le nombre d'heures allouées à la pratique de la psychothérapie), l'orientation théorique du thérapeute, son expérience en général, sa formation en matière de gestion des crises suicidaires, ses antécédents en pratique professionnelle ainsi que dans sa vie personnelle en ce qui concerne les crises suicidaires, les antécédents suicidaires du patient, etc. De façon générale, la section des ajouts explorant les circonstances associées à l'événement ciblait le contexte clinique et la nature de la relation thérapeutique (durée, fréquence, problématique et thèmes travaillés, intensité de l'investissement émotionnel et attentes pronostiques du thérapeute en regard du traitement).

4.3.2 Indice de détresse psychologique

L'Indice de détresse psychologique (IDPSQ: Kovess, 1985) est un questionnaire auto-administré extrait de l'enquête pilote menée en 1983 par Santé Québec, puis reprise lors de l'enquête Santé Québec de 1987 (Santé Québec, 1988). Il constitue une version française du Psychiatric Symptom Index (PSI: Ilfeld, 1976) et évalue en 29 items l'intensité des réponses à un éventail de symptômes anxio-dépressifs reconnus comme indicateurs statistiques (sur la base d'enquêtes épidémiologiques) de détresse psychologique. Sur une échelle de 1 à 4 allant de « jamais » à « souvent », les répondants sont invités à se prononcer quant à l'intensité de leur expérience, au cours de la dernière semaine, de symptômes dépressifs (idéations suicidaires, manque d'énergie ou d'intérêt, problème de concentration, de sommeil, tristesse, etc.) et anxieux (symptômes somatiques, tension, irritabilité, étourdissements, souffle court, nervosité, comportements d'évitement, etc.), ainsi que de manifestations d'irritabilité et de troubles

cognitifs. Les scores bruts des répondants allant de 29 à 116 sont ensuite ramenés par une transformation linéaire sur une échelle variant de 0 à 100. La distribution des répondants selon la valeur de l'indice est subdivisée en deux catégories correspondant à un niveau faible (à modéré) ou élevé (à sévère) de détresse. Le point de césure utilisé comme seuil critique de détresse consiste en un score transformé supérieur ou égal à 26,19 (sur 100). Il correspond à la valeur du quintile supérieur de la distribution des scores obtenus auprès de la population générale en 1987, information qui fut revalidée et corroborée en 1992-1993 (Santé Québec, 1988; Santé Québec, Bellerose, Lavallée, Chénard, & Levasseur, 1995). Le seuil du quintile supérieur avait été originellement fixé en 1987 en référant particulièrement aux travaux de l'Epidemiological Catchment Area (ECA) (Robins & Regier, 1991), qui estimaient à 20%, sur une période d'une année, la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux dans la population américaine de 18 ans et plus. Mentionnons qu'un tel seuil n'a pas été formellement validé sur le plan clinique, ce qui limite quelque peu l'interprétation des résultats obtenus. Il ne s'agit donc pas d'un indice diagnostique de psychopathologie à proprement parler, mais l'instrument présente de bons coefficients de validité concomitante avec d'autres instruments cliniques reconnus, et présente bien sûr l'avantage d'avoir été validé auprès d'une population québécoise (Préville, Boyer, Potvin, Perrault, & Légaré, 1992). La version originale anglaise de même que la version française revalidée (IDPSQ-29: Préville *et al.*, 1992) présentaient des propriétés psychométriques de validité et de consistances internes satisfaisantes. Notre échantillon de répondants génère un coefficient de consistance interne alpha (Cronbach, 1951) de 0,88.

4.3.3 Questionnaire sur les réactions personnelles et professionnelles au geste suicidaire d'un patient

Le Questionnaire sur les réactions Personnelles et Professionnelles au Geste Suicidaire d'un Patient (QRPPGSP: Parent, Drouin, & Séguin, 2006) constitue la mesure essentielle de la principale variable dépendante de notre recherche. Il s'agit d'un questionnaire *ad hoc* de 48 questions dont les 40 premières sont quantitatives, i.e. cotés par les participants sur une échelle de type Likert à 4 points (« Absence » = 1; « Intensité élevée » = 4), et évaluent l'intensité des réactions des répondants au geste suicidaire d'un patient à deux moments, soit « au moment du geste », puis « actuellement » (au moment du rappel). Les 8 derniers items du questionnaire invitent qualitativement les répondants à donner davantage de précisions sur certains points spécifiques de leurs réactions au GSP, notamment: leurs réactions initiales, les impacts

personnels en termes d'habitudes de consommation (alcool, drogues, médicaments, etc.) et de pensées suicidaires, et les impacts professionnels en termes de repondération des sphères d'activité, les questionnements face à l'identité, la pratique, le sentiment de compétence, et les apprentissages professionnels. Le volet quantitatif de cet instrument constitue une version enrichie du Questionnaire sur les réactions professionnelles, version française (Henry *et al.*, 2004) qui ne s'intéressait qu'au premier moment de cotation, i.e. « au moment du geste ». Le contenu des items est basé sur une recension des manifestations (affectives, cognitives, comportementales) typiquement rencontrées chez les thérapeutes dans la littérature empirique concernant l'expérience que font les thérapeutes des GSP. La majorité des items du questionnaire concernent des éléments négatifs de réaction (p. ex. réactions de stress, culpabilité, pensées intrusives, hypervigilance, évitement, etc.), sauf quatre items qui touchent à des éléments « positifs » de réaction (acceptation accrue de l'occurrence du phénomène, sentiment de compétence accru, redéfinition des limites de la psychothérapie, intérêt accru pour la problématique). Par souci de consistance interne, ces quatre items furent inversés pour les fins du traitement quantitatif des données. À partir d'un score composite formé de la moyenne des réponses pour chaque moment de cotation, le QRPPGSP évalue ainsi deux dimensions de la réaction au GSP : l'intensité et l'évolution dans le temps. En effet, l'évolution temporelle peut être évaluée en employant les indices « au moment du geste » et « actuellement » comme facteurs intrasujet dans le cadre de devis d'analyses statistiques à mesures répétées. L'échelle originale de Henry *et al.* (2004) présentait une consistance interne très forte ($\alpha = 0,96$) pour l'objet de cotation « au moment du geste ». Le QRPPGSP présente un alpha de 0,93 pour l'échelle « au moment du geste », et de 0,91 pour l'échelle « actuellement ».

4.3.4 Questionnaire sur le développement professionnel du psychothérapeute

Le Questionnaire sur le développement professionnel du psychothérapeute (QDPP: Bordeleau, Drouin, & Séguin, 2006) est inspiré du modèle de développement professionnel des psychothérapeutes proposé par Skovholt et Ronnestad en 1992 (Skovholt & Ronnestad, 1992) puis 2003 (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003), lequel s'appuie sur une enquête qualitative menée auprès de 100 thérapeutes diplômés, à différents stades de leur carrière. Le modèle de Skovholt & Ronnestad (1992) constitue toujours actuellement le principal effort systématique de représenter le développement de l'identité professionnelle en stades se déployant à l'échelle d'une carrière entière (life span), i.e. dont le spectre ne se limite pas à la formation académique ou aux

première années de formation professionnelle. Nous référons le lecteur au chapitre précédent pour le détail du modèle de Skovholt & Ronnestad (1992). Le QDPP opérationnalise en 48 items un développement professionnel des thérapeutes conçu en 4 stades (débutant/étudiant, jeune professionnel, professionnel chevronné, professionnel senior) retenus parmi les 6 proposés par Skovholt et Ronnestad. Le QDPP propose pour chaque stade 12 énoncés descriptifs de l'état d'esprit du thérapeute selon 4 (des 8) dimensions postulées par Skovholt & Ronnestad (1992) comme évoluant au fil des stades de développement professionnel : la définition de la tâche centrale, l'émotion prédominante, les principales sources d'influence sur la pratique, puis les principaux critères de l'efficacité et de la satisfaction professionnelles. En somme, 3 énoncés par dimension par stade. Les sujets répondent pour chaque item sur une échelle de type Likert en 6 points en indiquant le degré de correspondance (1 = « pas du tout »; 6 = « tout à fait ») entre l'énoncé et leur expérience au cours de la dernière année. Chaque répondant obtient un score total pour chaque stade (min = 12; max = 72) et le stade au score le plus élevé est considéré comme le stade de développement professionnel du sujet. Nos analyses de consistance interne pour les stades révèlent des coefficients alpha allant de 0,40 à 0,74. Suivant ce que nous avons proposé plus haut dans le chapitre théorique sur le modèle de Skovholt et Ronnestad, le rapport complexe du sujet à son idéal du moi professionnel devrait faire partie intégrante d'une mesure rigoureuse du développement professionnel. Si une telle notion chevauche certes plusieurs des dimensions mesurées dans le QDPP, nous pensons que la dimension des « critères d'efficacité et de satisfaction professionnelle » demeure celle qui la synthétise peut-être le mieux, ou qui touche le plus à son essence. En effet, avec des énoncés touchant à la manière dont les répondants jugent de la qualité de leur travail et de leur compétence, à leur perception générale de leur compétence et à la nature interne ou externe des référents du travail, cette dimension paraît couvrir assez bien le spectre du rapport à l'idéal du moi professionnel tel que nous l'avons énoncé plus haut. Une attention toute particulière sera donc accordée à cette dimension dans l'analyse et la discussion des résultats.

4.3.5 Questionnaire d'introject SASB/Intrex

Le Questionnaire d'introject SASB/Intrex (SASB/Intrex Introject Questionnaire: Lorna Smith Benjamin, 1995/2006) émane de la théorie de l'analyse structurale du comportement social (Structural Analysis of Social Behavior, SASB : Lorna S. Benjamin, 1974; Lorna Smith Benjamin, 1996, 2000). Cette dernière constitue un cadre conceptuel ancré dans la théorie

psychodynamique interpersonnelle (Sullivan, 1953) et permet : 1.) de représenter et de mesurer des positions interpersonnelles ou des représentations interpersonnelles intrapsychiques, 2.) de les quantifier en regard de leur charge sur les dimensions d'affiliation (continuum de valence affective : amour-hostilité, sympathie-antipathie, amitié-inimitié, etc.) et d'autonomie (continuum d'interdépendance : proximité-différenciation, interdépendance-indépendance, contrôle-émancipation, etc.) fondamentales au fonctionnement interpersonnel humain, et 3.) d'en dériver une multitude d'usages cliniques et scientifiques basés sur les principes de la théorie interpersonnelle du développement et du comportement humains.

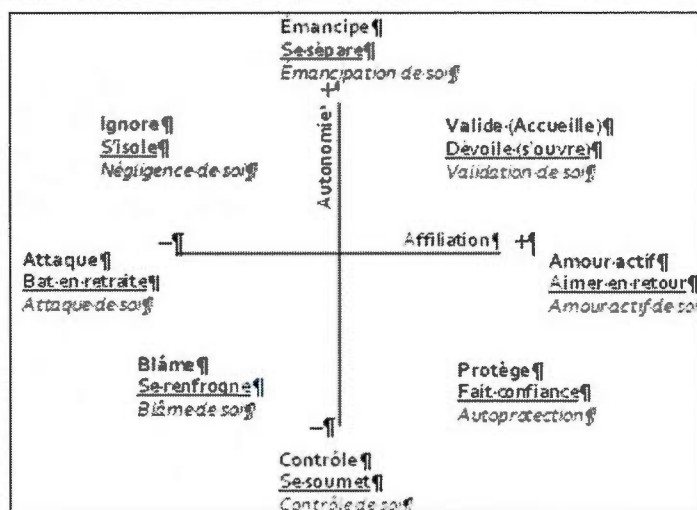
Par le biais d'un questionnaire auto-administré ou d'une cotation par des juges externes⁴, le modèle circomplexe interpersonnel de Benjamin (1974), permet de représenter sur trois surfaces circulaires selon le focus interpersonnel (3 options : transitif, intransitif, ou dirigé vers le self, i.e. introject), 8 groupes interreliés de positions relationnelles (comportements, pensées, émotions) porteurs d'une combinaison particulière des composantes fondamentales d'affiliation et d'autonomie. La figure 4.1 présente en condensé les 8 groupes du modèle SASB autour d'un même cercle, les valeurs en gras désignant le focus interpersonnel transitif, celles soulignées le focus interpersonnel intransitif ou réactif, et celles en italique l'introject, ou les représentations de soi en relation à soi-même. Employées à la manière de coordonnées cartésiennes dans un plan à 2 dimensions, ces valeurs théoriques d'autonomie et d'affiliation permettent de disposer les 8 groupes autour du cercle des positions relationnelles, en guise de demi-quadrants. Par le biais du questionnaire, un individu donné obtiendra initialement un score pour chacune des 8 échelles (une échelle par groupe), qu'une transformation linéaire pondérée permettra de synthétiser en 2 scores vectoriels, l'un pour l'affiliation et l'autre pour l'autonomie.

Pour les fins de la présente recherche, nous nous sommes intéressés au focus sur le self (en italique dans la figure 4.1), postulé par Benjamin (1974; 1984) à l'instar de Sullivan (1953), comme étant tributaire de l'internalisation par le sujet, du comportement des premiers objets d'attachement ou des premiers pourvoyeurs de soin à son égard. Le SASB/Intrex Introject Questionnaire – Long form (Lorna Smith Benjamin, 1995/2006) opérationnalise en 36 items les 8 groupes de positions interpersonnelles du modèle SASB pour le focus sur l'introject, invitant le

⁴ Bien qu'ils appartiennent au même système théorico-conceptuel et soient présumés générer des résultats identiques, le questionnaire et le système de codification des comportements interpersonnels doivent être considérés de manière distincte, en ce qu'ils s'inscrivent expérimentalement dans des cadres méthodologiques différents, et que les corpus de littérature empirique s'y référant sont systématiquement traités séparément.

participant à répondre quant à son autorégulation en deux états, « au meilleur » et « au pire » de soi-même, afin de prendre en compte la variabilité des perceptions de soi. Les deux ensembles identiques de 36 items sont à répondre sur une échelle de 0 à 100 graduée par 10, décrivant la fréquence ou l'intensité du comportement, de la pensée ou de l'émotion présentée dans l'énoncé. On obtient pour chaque sujet deux paires de vecteurs pondérés d'affiliation et d'autonomie, l'une au meilleur et l'autre au pire de soi, et dont les valeurs sont calculées au moyen du logiciel SASB/Intrex Software, conformément à la procédure décrite dans Benjamin (2000).

Figure 4.1: Modèle SASB condensé par groupes, version française (d'après Benjamin, 1996)



En termes d'étendue, nous avons constaté que la variabilité des scores s'avérait beaucoup plus ténue dans notre recherche que dans d'autres études consultées dans la littérature empirique employant l'instrument. Par exemple, Paivio et Nieuwenhuis (2001) rapportaient une étendue théorique de scores de -1600 à +1600 pour une version en 32 items du questionnaire SASB/Intrex, avec des valeurs post-test moyennes de 185 et -19 pour les vecteurs d'affiliation et d'autonomie, respectivement, chez des sujets après une thérapie expérientielle pour un trouble de stress post-traumatique. Pas de mention des conditions « au meilleur » ou « au pire » de soi-même. Toujours sans mention des deux conditions, Paivio et Greenberg (1995) annonçaient ailleurs une étendue de -400 à 400 pour une version en 16 items, avec une valeur post-traitement moyenne de 191 sur le vecteur d'affiliation chez des sujets ayant suivi une psychothérapie expérientielle. De leur côté, Dennhag et Armelius (2012) indiquaient une étendue théorique semblable (de -1500 à +1500) pour le vecteur d'affiliation obtenu à partir d'une traduction

suédoise de la version longue (36 items) du questionnaire SASB Intrex, et rapportaient des valeurs post-test moyennes d'affiliation de 634,9 chez des clients après une psychothérapie, sans mention des conditions « au meilleur » ou « au pire » de soi-même. Ailleurs, examinant l'évolution des scores vectoriels d'affiliation et d'autonomie après un processus thérapeutique pour des sujets appartenant aux trois organisations de personnalité névrotique, borderline et psychotique, Granberg et Armelius (2003) rapportaient des valeurs moyennes d'affiliation d'environ 230 et d'autonomie d'environ -50 chez des sujets d'organisation névrotique au terme d'une psychothérapie. Comme point de comparaison, les auteurs proposaient en outre des valeurs moyennes de 650 d'affiliation et de -110 d'autonomie pour une population dite normale. S'inspirant de Granberg et Armelius (2003) et utilisant le même questionnaire pour investiguer l'image de soi, (Harder, 2006) fixait à 300 son seuil de signification en matière d'affiliation, suggérant que les valeurs inférieures à -300 étaient considérées comme fortement négatives, et celles supérieures à 300 fortement positives. L'auteure rapportait des scores moyens d'affiliation de 362 « au meilleur » et de -431 « au pire » de soi-même, chez des sujets ayant connu un premier épisode psychotique. Finalement (Vittengl, Clark, & Jarrett, 2004) rapportait, chez des sujets souffrant de trouble dépressif majeur récurrent⁵ qui avaient complété la version longue anglaise du questionnaire SASB/Intrex au terme d'une psychothérapie cognitive de 20 séances, des valeurs d'affiliation « au meilleur » et « au pire » de 115,4 (61,5) et de -27,4 (87,7) respectivement, et d'autonomie « au meilleur » et « au pire » de -18,7 (29,8) et de -9,3 (39,9) respectivement (l'écart-type est entre parenthèses). Ces valeurs s'avèrent relativement proches de celles générées par notre échantillon de psychothérapeutes, qui sont respectivement de 133,80 (37,44) et 66,51 (72,73) pour l'affiliation au meilleur et au pire de soi, et de -6,79 (35,76) et -28,14 (46,95) pour l'autonomie au meilleur et au pire, respectivement.

Au plan de la consistance interne, Benjamin (2000) rapporte des coefficients moyens de 0,54 (ET = 0,347) et de 0,8 (ET = 0,201) au pire et au meilleur de soi, respectivement, pour la portion Introject du questionnaire SASB/Intrex – version longue, administrée à une population normale (n = 60), et des coefficient de fidélité test-retest de 0,87 pour l'ensemble du questionnaire, également administré à une population normale. L'auteure fait également état de nombreuses analyses démontrant la validité de construit de l'instrument, et cite de nombreuses

⁵ Sans caractéristiques psychotiques ou autre trouble concomitant à l'axe I ou à l'axe II selon un diagnostic multiaxial basé sur la nomenclature du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

recherches qui en supportent les validités prédictive (p. ex. concernant l'issue d'une psychothérapie) et concomitante.

Le questionnaire d'introject SASB/Intrex est actuellement reconnu comme étant l'un des système les plus efficaces, rigoureux et théoriquement valides permettant d'investiguer les représentations mentales de la manière dont un individu se relie à lui-même et se traite, ce que nous pouvons traduire par « autorégulation », ou que d'autres nomment « concept de soi » (Erickson & Pincus, 2005). Outre ses usages plus courants dans le contexte de la symptomatologie clinique (Erickson & Pincus, 2005) ou de la recherche en psychothérapie (p.ex. Vittengl *et al.*, 2004), il fut notamment employé afin d'explorer l'image de soi chez le personnel psychiatrique (p.ex. Holmqvist & Armelius, 2000) et l'introject des psychothérapeutes (Bruck, Winston, Aderholt, & Muran, 2006; Dunkle & Friedlander, 1996; Ryan, Safran, Doran, & Muran, 2012). De même, la présente recherche emploie le questionnaire afin d'évaluer une dimension autorégulatoire de la personnalité des thérapeutes, à savoir la manière dont ils se traitent au meilleur et au pire d'eux-mêmes. Aucune étude ayant administré le questionnaire à des thérapeutes ou à des employés en psychiatrie ne présente de coefficients de consistance interne au-delà des données issues de recherches antérieures, et aucune ne fait état des considérations psychométriques relatives à la dualité des conditions « au meilleur » et « au pire » de soi, inhérentes au questionnaire SASB/Intrex. Les coefficients de consistance interne moyens de notre échantillon de thérapeutes, générés par le logiciel *SASB/Intrex software* suivant la méthode des autocorrélations décrite dans Benjamin (1974; 2000), sont de 0,85 (ET = 0,14) « au meilleur », et de 0,71 (ET = 0,25) « au pire » de soi-même.

4.3.6 Inventaire d'alliance de travail

L'Inventaire d'alliance de travail (*Working Alliance Inventory – Short form*, WAI-S: Tracey & Kokotovic, 1989, trad. par Bachelor & Salamé, 1991) consiste en une version française du Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989; Tichenor & Hill, 1989), qui mesure l'alliance de travail selon le modèle théorique de Bordin (1979, 1994). Ce dernier différencie trois dimensions : le lien (développement d'un attachement interpersonnel positif entre le patient et le thérapeute incluant confiance et respect mutuels), les tâches (perception par chaque partenaire de la pertinence et de l'efficacité des tâches de la thérapie, ainsi que le partage d'une responsabilité dans leur exécution) et les objectifs (compréhension, validation et acceptation par les deux

partenaires des objectifs de changement de la thérapie). Le WAI s'appuie sur une conception transthéorique de l'alliance, et n'est pas centré sur le patient ou le thérapeute, mais évalue essentiellement la relation patient-thérapeute, depuis différents points de vue. L'instrument existe ainsi en trois versions (thérapeute, patient et observateur) comprenant 36 items en version longue, soit 12 pour chaque dimension de l'alliance, codés sur une échelle en 7 points allant de « jamais » (1) à « toujours » (7) indiquant la fréquence à laquelle le répondant considère l'énoncé être vrai. Le score total présente ainsi une étendue de 12 à 84, et les scores de sous-échelles vont de 4 à 28, les scores élevés indiquant toujours une perception plus positive de l'alliance. Deux versions courtes (une patient et une thérapeute) de 12 items (4 par dimension) ont été mises au point sur la base d'une étude de Tracey et Kokotovic (1989), et furent traduites en français par Bachelor et Salamé (Tracey & Kokotovic, 1989/1991). La consistance interne du WAI, évaluée par le coefficient alpha de Cronbach, selon la version (thérapeute, patient ou observateur) est comprise entre 0,84 et 0,93 pour le score total et entre 0,68 et 0,85 pour les sous-scores. Les corrélations entre le WAI et d'autres échelles d'alliance sont satisfaisantes. Par exemple, elles sont, avec le score global du California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS: Gaston & Marmar, 1994) de 0,84, 0,79 et 0,72 pour les objectifs, les tâches et les liens, respectivement. Tracey et Kokotovic (1989) ont montré, par une analyse factorielle à deux niveaux, que la structure du WAI se composait d'un facteur primaire d'alliance générale, contribuant le plus à la variance totale, et de trois facteurs secondaires spécifiques correspondant aux tâches, liens et objectifs. La plupart des études ont montré une corrélation entre le WAI et l'évolution du patient : Horvath (1994) rapporte, dans une méta-analyse de 8 études ayant utilisé le WAI, un coefficient global de $r = 0,33$ (intervalle de confiance à 95% de 0,23 à 0,43). La version courte du WAI – celle que nous avons utilisée – présente des propriétés psychométriques comparables à celles de la version longue, notamment une consistance interne allant de 0,90 à 0,92 (Tracey & Kokotovic, 1989). Dans notre échantillon, les coefficients alpha de consistance interne pour les scores total et des sous-échelles de lien, de tâches et de buts, furent respectivement de 0,92, 0,72, 0,91, et 0,75. Rappelons que nous utilisons l'instrument pour investiguer, à travers le point de vue rétrospectif du thérapeute, les liens possibles du facteur modulateur de la qualité du lien thérapeutique avec d'autres variables de l'étude, comme la réaction du thérapeute au GSP, son style autorégulateur ainsi que son niveau de développement professionnel.

4.4 Méthodologies d'analyse

En terme d'analyses quantitatives de données, une multitude d'analyses paramétriques (test-t, ANOVA univariée simple, factorielle et à mesures répétées; MANOVA) furent réalisées à partir des résultats de questionnaires, utilisant pour variables dépendantes : les scores (« au moment » et « actuellement ») au QRPPGSP, le stade de développement professionnel révélé par le QDPP (envisagé comme variable continue⁶), le score moyen à l'IDPSQ, les scores vectoriels pondérés d'affiliation et d'autonomie du questionnaire d'introject SASB/Intrex, ainsi que les scores total et de sous-échelles du WAI-S-Th. Les variables indépendantes employées furent notamment : de nombreux items du questionnaire socio-démographique, le score au QRPPGSP segmenté en catégories d'intensité de réaction, le stade de développement professionnel (envisagé cette fois comme catégories fermées) et les scores dichotomisés (fort ou faible) d'affiliation et d'autonomie au Questionnaire SASB/Intrex.

⁶ C'est en effet ce qu'ont supporté nos analyses de contrastes a priori, confirmant la tendance linéaire de cette variable. Cela n'enlève, au demeurant, rien à la possibilité d'envisager les stades comme des entités qualitativement distinctes.

CHAPITRE V

RÉSULTATS

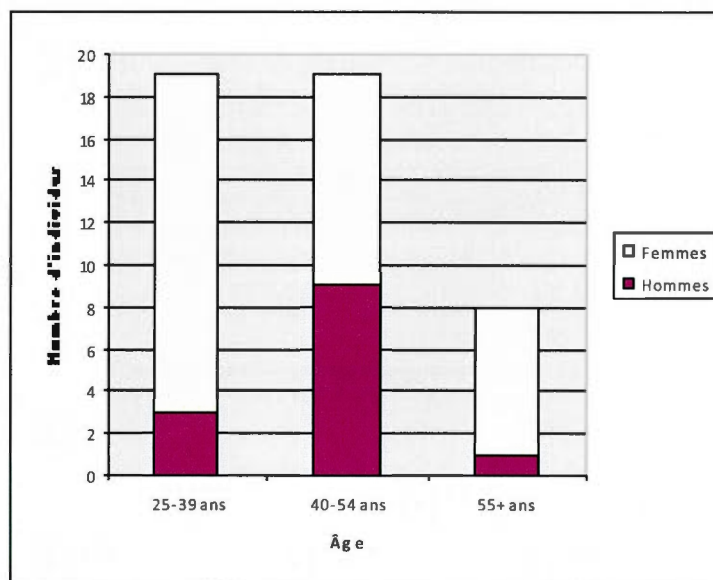
5.1 Description de l'échantillon

Le tableau 5.1 présente quelques caractéristiques des thérapeutes répondants. D'un total initial de 49 participants, l'échantillon fut réduit à 46 participants après l'exclusion de 3 protocoles, l'un concernant un meurtre et non un geste suicidaire, un autre concernant le geste suicidaire du frère du répondant et non de son patient, et le dernier s'étant révélé identique à un autre protocole, suggérant qu'un participant avait répondu deux fois.

Tableau 5.1 : Caractéristiques des thérapeutes répondants

Thérapeutes (N = 46)		n	%
Sexe	Femme	33	71,7
	Homme	13	28,3
Âge	25-39 ans	18	39,1
	40-54 ans	18	39,1
	55+ ans	10	21,7
Titre	Psychologue	24	52,2
	Intervenant santé mentale	22	47,8
	Étudiant-stagiaire	7	15,2
Scolarité	Baccalauréat	18	39,1
	Maîtrise	21	45,7
	Doctorat	3	6,5
	Formation autre	3	6,5
Approche	Cognitivo-comportementale (TCC)	29	63,0
	Humaniste-existentielle	18	39,1
	Psychodynamique	12	26,1
	Humaniste / TCC	6	13,0
	TCC / Psychodynamique	6	13,0
	Humaniste / Psychodynamique	4	8,7

L'âge moyen au sein de notre échantillon de 13 hommes et 33 femmes est de 42 ans (ET = 11,5; Md = 45). La figure 5.1 présente la distribution des thérapeutes répondants par sexe et par tranche d'âge. Les participants, dont plus de la moitié sont psychologues (52,2%) présentent une expérience de pratique de la psychothérapie allant de moins de 6 mois à plus de 15 ans, pour une moyenne de 10 ans. Les contextes de leur pratique de la psychothérapie sont multiples : bureau privé (isolé ou entouré d'autres professionnels de la santé mentale), milieu hospitalier, clinique médicale, CLSC, centre jeunesse, centre de crise, milieu communautaire, milieu industriel, centre spécialisé pour problématiques particulières (p. ex. toxicomanie), clinique universitaire, programme d'aide aux employés, etc., et il n'est pas rare que les cliniciens en combinent plusieurs. Il en va de même pour leur orientation théorique (cf. Tableau 5.1). Huit (8; 17,4%) participants étaient en thérapie personnelle au moment de répondre au questionnaire (durée moyenne de 6 ans), et 11 (23,9%) étaient engagés dans un processus de supervision professionnelle (durée moyenne de 3 ans). Trente-huit (38; 82,6%) participants rapportent une formation antérieure en matière de problématiques suicidaires, à raison d'un total moyen de 24 heures de formation (Me = 20). Vingt-cinq (25; 54,3%) répondants rapportent avoir déjà fait l'expérience du geste suicidaire d'un patient dans le passé, et 27 (58,7%) ont déjà connu le geste suicidaire d'un proche dans leur vie personnelle.

Figure 5.1: Distribution des psychothérapeutes répondants selon le sexe et par tranches d'âge

Le tableau 5.2 présente les caractéristiques des patients et des relations thérapeutiques constituant notre échantillon. Pour un délai moyen de 33 mois écoulés depuis l'événement ($Me = 19$), 17 (37%) répondants font état d'un patient ayant survécu à une tentative de suicide suivie d'une hospitalisation, alors que dans les 29 (63%) autres cas le patient était décédé des suites de son geste. Les 24 hommes et 22 femmes constituant l'échantillon de patients étaient âgés en moyenne de 40 ans, et présentaient un diagnostic sur l'Axe I (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994) dans 80,4% des cas (dont dépression majeure = 33%), et sur l'Axe II dans 37% des cas (dont personnalité borderline = 22%). Soixante pourcent d'entre eux avaient déjà posé au moins un geste suicidaire par le passé, à hauteur de 3 tentatives antérieures en moyenne. Plus du tiers (34,8%) avaient été hospitalisés en psychiatrie, et 41,3% y avaient été traités au moins une fois au cours de la dernière année. En ce qui concerne le contexte de leur geste suicidaire, plus de la moitié (58,7%) des patients avaient clairement exprimé la présence d'idées (assez uniformément répartis selon les différents degrés de risque suicidaire, i.e. « idées », « moyen », « plan ») avant de poser leur geste, et 10,9% des thérapeutes rapportent par ailleurs avoir détecté des idées suicidaires chez leurs clients sans que ces derniers en fassent mention d'une manière explicite.

Tableau 5.2: Caractéristiques des patients et des relations thérapeutiques

	n	%		n	%
--	---	---	--	---	---

Patients / Clients				Relations			
Sexe	Homme	24	52,2	Suivi	1er suivi	32	69,6
	Femme	22	47,8		Suivis antérieurs	18	39,1
Geste	Décès	29	63,0	Fréquence	1 seul contact	3	6,5
	Tentative majeure	17	37,0		Hebdomadaire	22	47,8
Contexte	Idées suicidaires explicites	27	58,7		> 1x / semaine	5	10,9
	Idées suicidaires inférées	5	10,9		Bimensuelle	6	13,0
Psychopatho	Dx Axe 1	37	80,4		Mensuelle	2	4,3
	Dx Axe 2	17	37,0		Au besoin	7	15,2
Antécédents	Tentative antérieure	28	60,9				
	Hospit. en psychiatrie	16	34,8				
	Psychiatrie ds dernière année	19	41,3				

Les relations thérapeutiques décrites par les répondants présentaient également des caractéristiques très diversifiées. Leur durée allait de moins d'un mois à près de 7 ans, pour une moyenne de 4 mois écoulés entre le premier contact et le geste suicidaire du client. Plus des deux tiers (69,6%) des dyades étudiées en étaient à leur première tranche de psychothérapie, alors que 39,1% avaient déjà travaillé ensemble auparavant (le plus souvent dans un contexte d'intervention de crise, de centre jeunesse ou de ressource d'hébergement où le patient avait séjourné plus d'une fois par le passé). Notons que 3 répondants (6,5%) n'ont eu qu'un contact ou une rencontre avec le client en question. S'il peut sembler malaisé de parler de « relation thérapeutique » dans ce genre de circonstance, nous avons néanmoins choisi de conserver ces trois cas après que des analyses préliminaires n'eurent révélé aucun impact de cette condition.

Les modalités de rencontres variaient ainsi considérablement selon les contextes de pratique : près de la moitié des dyades (47,8%) se voyaient sur une base hebdomadaire, 10,9% se voyaient plus d'une fois par semaine (principalement ressources avec hébergement), 13% sur une base bimensuelle, 4,3% une fois par mois, et 15,2% au besoin du client (contacts téléphoniques occasionnels pour certains, rencontres pour d'autres, p. ex. en centre de crise).

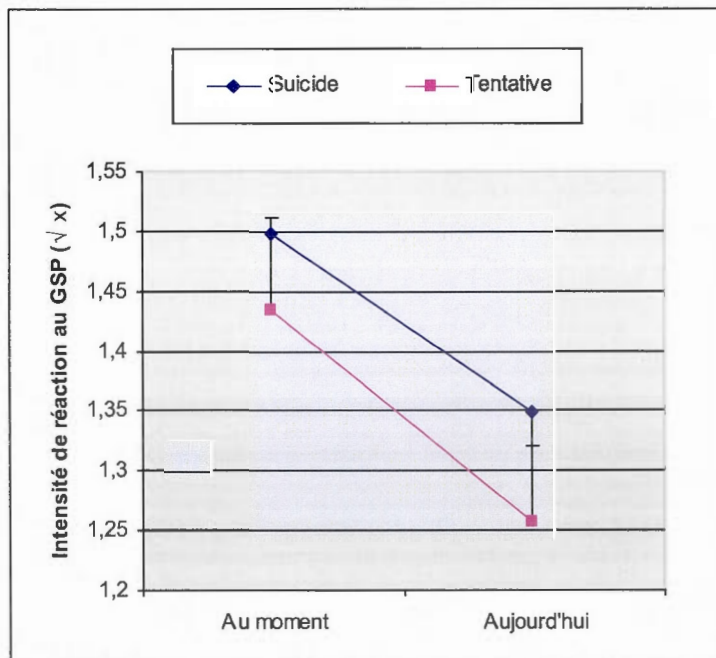
5.2 Analyses préliminaires et critères d'exclusion

Conformément aux standards généralement retrouvés dans la littérature sur les investigations rétrospectives, un délai de rappel de 5 ans écoulés depuis l'événement avait initialement été fixé comme critère d'exclusion. Sept participants ne répondaient pas à ce critère, cependant des analyses préliminaires (analyses de variance univariées, test-t) n'ont révélé aucune

différence significative entre ces cas aux longs délais de rappel ($Me = 114$ mois) et le reste de l'échantillon ($Me = 19$ mois) quant aux réponses aux différentes mesures de l'étude. Nous avons donc choisi de conserver ces répondants dans l'échantillon.

Considérant qu'environ le tiers (37%) des participants de l'étude répondaient pour une tentative majeure et non pour un suicide complété (cf. Tableau 5.2), et que quelques études (Jacobson *et al.*, 2004; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990) recensées dans la littérature faisaient état d'une différence en termes d'intensité des impacts selon la nature du geste, nous avons également investigué les impacts de cette variable au moyen de test-t, préalablement à toute autre analyse. La nature du geste (tentative majeure vs. suicide complété) s'est avérée avoir un impact modéré sur les impressions contemporaines laissées par le GSP ($t = -2,336, p < 0,05$), i.e. sur les réponses au temps de cotation « Aujourd'hui » au QRPPGSP, qui mesurait les réactions personnelles et professionnelles au GSP. Cela suggère que les cliniciens dont le client est décédé des suites de son geste demeureraient marqués, après le passage d'un certain temps, à un degré d'intensité légèrement supérieur à celui caractérisant la réaction de leurs collègues dont le client a survécu (cf. Figure 5.2).

Figure 5.2: Intensité et évolution temporelle des réactions au GSP selon la nature du geste



Afin de conserver une bonne puissance statistique, et considérant que cette variable n'a révélé d'impact sur aucune autre variable à l'étude (outre le niveau de maturité des critères de satisfaction professionnelle; $t = -2,354$, $p < 0,05$), nous avons décidé de conduire les analyses subséquentes en incluant les sujets répondant pour une tentative majeure, mais en contrôlant l'effet de la nature du geste.

Le tableau 5.3 présente quelques mesures descriptives et de dispersion pour les principales variables de l'étude. À l'exception de celles des impressions contemporaines laissées par le GSP (Rx Aujourd'hui) et de l'indice de détresse (IDPSQ) qui dûrent subir une transformation linéaire (racine carrée) pour être normalisées, toutes les variables présentaient une distribution suffisamment normale pour procéder à nos analyses quantitatives. Pour les fins d'analyses quantitatives et de présentation descriptive des résultats, nous avons scindé les variables continues (outre celle du développement professionnel qui catégorisait déjà les sujets selon quatre stades) en quatre groupes d'étendue égale, ce qui explique la présence, à l'extrême droite du tableau, d'une colonne présentant les valeurs d'un quart de l'étendue. Notre choix de l'étendue comme critère de séparation s'appuie essentiellement sur nos constats relativement à la distribution des variables liées aux dimensions du style autorégulateur (SASB). En effet, cette distribution ne nous permettait pas d'employer le zéro comme point de césure, sous peine d'une mauvaise répartition des sujets. Aussi nous avons choisi d'envisager l'autonomie et l'affiliation comme les vecteurs qu'ils sont, et de les considérer en continu, en séparant les sujets en quatre groupes d'étendue égale. Le tableau 5.5 (plus bas), présentera la distribution des répondants pour les principales variables indépendantes de la recherche, selon ces quatre niveaux d'intensité de réponse.

Tableau 5.3 : Mesures descriptives des principales variables

Mesure	Dimension	Nom de variable	Moy	ÉT	Min	Max	Étendue	Étendue /4
Réactions au GSP	Rx Au moment	RxGSP	2,19	0,46	1,30	3,55	2,25	0,56
	Rx Aujourd'hui	RxGSP_b	1,32	0,13	1,10	1,70	0,61	0,15
Style Autorégulateur	Autonomie Meilleur	Aut_Meilleur	-6,79	35,76	-90,53	61,09	151,62	37,91
	Autonomie Pire	Aut_Pire	-28,14	46,95	-128,02	72,64	200,66	50,17
	Affiliation Meilleur	Aff_Meilleur	133,80	37,44	44,78	199,88	155,10	38,78
	Affiliation Pire	Aff_Pire	66,51	72,73	-99,41	195,15	294,56	73,64
Développement professionnel	Développement global	DPGlobal	2,98	0,87	1	4	3	0,75
	Critères de satisfaction	DPSatis	2,89	0,96	1	4	3	0,75
	Tâche centrale	DPTache	2,58	0,92	1	4	3	0,75
	Sources d'influence	DPIinfl	2,62	0,81	1	4	3	0,75

	Émotion prédominante	DPEmo	3,36	0,71	1	4	3	0,75
Indice de détresse	IDPSQ	IDPSQ	3,94	1,18	1,86	7,19	5,33	1,33
Alliance thérapeutique	Alliance globale	WAI_Total	57,84	12,19	30	78	48	12
	Lien affectif	WAI_Lien	20,44	3,85	10	27	17	4,25
	Entente sur les tâches	WAI_Tâches	18,67	4,95	7	26	19	4,75
	Entente sur les buts	WAI_Buts	18,73	4,66	7	26	19	4,75

Le tableau 5.4 présente les valeurs minimales et maximales des principales variables de l'étude pour ces quatre niveaux d'étendue égale, du plus faible au plus élevé. Pour des variables dont les valeurs sont exclusivement positives comme les réactions au GSP, l'indice de détresse et l'alliance, on peut constater que le niveau 1, par exemple, correspond aux scores les plus près de zéro. Dans le cas de variables allant du négatif au positif, comme pour les dimensions du style autorégulateur, on constate que le niveau 1 peut représenter tantôt les valeurs les plus fortement négatives comme les plus faiblement positives, selon le spectre de l'étendue. Dans le cas de l'affiliation « au pire » en particulier, le niveau 1 regroupe presque tous les sujets présentant un introject négatif, alors que pour les vecteurs d'autonomie « au meilleur » comme « au pire », on peut constater que les valeurs des deux premiers niveaux sont exclusivement négatives. Dans le contexte de la présente recherche, nous considérerons les valeurs associées aux dimensions du style autorégulateur essentiellement pour leur nature vectorielle, donc continue, et ne ferons pas de distinction nette ou manichéenne entre les valeurs négatives et positives.

Tableau 5.4 : Valeurs minimales et maximales des principales variables selon quatre niveaux d'étendue

	Réactions au GSP				Style autorégulateur								Indice Détresse		Alliance	
NIV.	Rx Au Moment		Rx Aujourd'hui		Autonomie Meilleur		Autonomie Pire		Affiliation Meilleur		Affiliation Pire		IDPSQ		WAI	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
1	1,30	1,86	1,10	1,25	-90,54	-52,63	-128,03	-77,86	44,78	83,56	-99,41	-25,77	1,86	3,19	30	42
2	1,86	2,43	1,25	1,40	-52,63	-14,72	-77,86	-27,69	83,56	122,33	-25,77	47,87	3,19	4,53	42	54
3	2,43	2,99	1,40	1,55	-14,72	23,19	-27,69	22,48	122,33	161,11	47,87	121,51	4,53	5,86	54	66
4	2,99	3,55	1,55	1,70	23,19	61,10	22,48	72,65	161,11	199,89	121,51	195,15	5,86	7,19	66	78

Légende des acronymes :

- IDPSQ : Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec (Kovess, 1985)

- WAI : Working Alliance Inventory – Version française (Tracey & Kokotovic, 1989/1991)

Le tableau 5.5, présente la distribution des répondants pour les principales variables indépendantes de la recherche, selon ces quatre niveaux d'intensité de réponse. Pour suivre ce que

nous avançons à l'interprétation du tableau 5.4, on pourra y constater le nombre de sujets, par exemple, qui portent un introject négatif en termes d'affiliation « au pire » de soi-même (niveau 1). Mais de façon plus générale, on peut constater dans le tableau 5.5 que la majorité des sujets se distribue principalement dans les groupes modérés (niveaux 2 et 3), et de façon plus marginale dans les groupes extrêmes (niveaux 1 et 4), et ce pour la totalité des variables présentées. Cela reflète en partie leur distribution normale. On remarquera également certaines tendances directionnelles des réponses aux variables : pour les instruments évaluant le stress ou la détresse (p. ex. Réactions au GSP, IDPSQ), il semble que la majorité des sujets se distribue davantage aux niveaux inférieurs, alors qu'elle semble plutôt concentrée aux niveaux supérieurs pour des variables plus positives, notamment les dimensions autorégulatoires « au meilleur » et le développement professionnel. Logiquement, on pourra s'attendre à observer des relations négatives entre ces variables. Les tableaux de corrélations (plus bas) permettront d'étayer ces tendances de manière plus prégnante.

Tableau 5.5 : Distribution des répondants selon quatre degrés de réponse aux principales variables

	Réactions au GSP				Style autorégulatoire								Développement Professionnel		Indice Détresse		Alliance	
NIVEAU	Rx Au Moment		Rx Aujourd'hui		Autonomie Meilleur		Autonomie Pire		Affiliation Meilleur		Affiliation Pire		DPGGlobal		IDPSQ		WAI	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	19,6	14	30,4	7	15,6	7	15,6	4	15,6	5	8,9	4	8,9	12	26,7	6	13,3
2	24	52,2	21	45,7	12	26,7	16	35,6	12	35,6	14	26,7	5	11,1	21	46,7	7	15,6
3	10	21,7	9	19,6	17	37,8	16	35,6	19	35,6	12	42,2	24	53,3	10	22,2	20	44,4
4	3	6,5	2	4,3	9	20	6	13,3	10	13,3	14	22,2	12	26,7	2	4,4	12	26,7
TOTAL	46		46		45		45		45		45		45		45		45	

Légende des acronymes :

- DPGlobal : D'après le QDPP, Questionnaire sur le développement professionnel des psychothérapeutes (Bordeleau *et al.*, 2006)
- IDPSQ : Indice de Détresse Psychologique de Santé Québec (Kovess, 1985)
- WAI : Working Alliance Inventory – Version française (Tracey & Kokotovic, 1989/1991)

Dans la foulée de cet aperçu d'ensemble, la prochaine section présente les résultats d'une analyse descriptive des réponses aux items du Questionnaire sur les réactions personnelles et professionnelles au geste suicidaire d'un patient (QRPPGSP), au moment du geste et aujourd'hui.

5.3 Impacts professionnels aigus et à long terme du GSP : analyse descriptive

Le tableau 5.6 présente les moyennes des fréquences selon les divers degrés d'intensité de réponse aux items du QRPPGSP. Par souci de synthèse, nous avons intuitivement groupé les items du QRPPGSP en trois sous-dimensions pour refléter les principaux impacts du GSP : intrusion, évitement, et croissance, comptant respectivement 23, 13 et 4 items. Bien qu'évidemment moins générales et plus restreintes à la sphère professionnelle, les dimensions intrusion et évitement évoquent les sous-échelles de l'*Impact of Event Scale* (IES: Horowitz *et al.*, 1979), sans bien sûr prétendre en couvrir le spectre exhaustif. Le facteur de croissance correspond quant à lui aux quelques impacts positifs que notre revue de littérature nous avait permis de déceler⁷. Il est constitué des quatre items évoqués plus haut dans la section méthodologie comme ayant été inversés pour fins de cohérence métrique. Mentionnons que notre catégorisation des items en ces trois facteurs n'a cependant pas été employée pour l'ensemble de la recherche parce nos ressources échantillonnales limitées ne nous autorisaient pas à effectuer une analyse factorielle proprement dite, et que l'instrument n'avait pas été conçu initialement avec une telle structure sous-jacente.

Tableau 5.6 : Moyennes des fréquences de réponse aux items du QRPPGSP selon les degrés d'intensité (en %)

Facteur	Au moment				Aujourd'hui			
	Non	Léger	Modéré	Élevé	Non	Léger	Modéré	Élevé
INTRUSION	35,8	24,8	24,1	15,4	56,9	31,7	8,1	3,3
ÉVITEMENT	48,4	20,4	21,3	9,9	59,0	26,0	10,3	4,7
CROISSANCE	37,1	33,4	19,6	9,9	37,1	32,3	21,0	9,6
GLOBAL	40,0	24,4	22,6	12,9	55,1	29,9	10,4	4,6

D'emblée, les résultats révélés par une analyse descriptive du QRPPGSP suggèrent que les professionnels partagent dans l'ensemble un nombre important de réactions au GSP, que les réactions d'intensité modérée ou forte demeurent relativement minoritaires au moment du geste, et que seules de très rares conséquences semblent perdurer dans le temps. Les sentiments de culpabilité, d'impuissance et d'incompétence, les remises en question de la compétence professionnelle, l'hypervigilance et l'anxiété dans des situations ultérieures semblables, sont

⁷ Les items concernent : l'acceptation accrue de l'occurrence du phénomène, le sentiment de compétence accru, la redéfinition des limites de la psychothérapie, et l'intérêt accru pour la problématique du suicide.

autant d'exemples de réactions apparemment courantes chez une vaste majorité des thérapeutes recensés. En effet, d'un point de vue global (tous facteurs confondus), soixante pourcent (60%) des thérapeutes en moyenne répondaient par l'affirmative aux items, rapportant ainsi avoir fait l'expérience d'une intensité au moins légère (ou modérée ou élevée) pour toutes les réactions personnelles et professionnelles « au moment du geste ». Cela dit, l'intensité modérée-élevée touche relativement peu de cliniciens (35,5% en moyenne, en comparaison avec l'intensité nulle ou légère à 64,5%), et diminue avec le temps (moment de cotation « aujourd'hui ») à une intensité légère ou nulle pour 85% des répondants en moyenne.

Il paraît ainsi légitime d'affirmer que, dans l'ensemble, les réactions au GSP semblent partagées par une majorité de thérapeutes (près des deux tiers), qu'elles sont assez marginalement d'intensité modérée ou élevée, et que leur intensité chute drastiquement avec le passage du temps. En examinant plus en détail le tableau 5.6, on constate que les réactions marginales au moment de l'événement en termes d'intensité modérée ou forte concernent davantage le facteur d'évitement qui, rappelons-le, cible des phénomènes de généralisation des réactions de stress vers d'autres contextes de pratique d'une manière rigide et définitive. Le facteur évitement démontre que peu de cliniciens (9,9% d'intensité élevée) ont fait état d'un refus temporaire ou permanent de suivre des patients suicidaires, de difficultés à établir des objectifs thérapeutiques clairs, d'une tendance à assouplir leur cadre thérapeutique (honoraires, contacts avec la famille, etc.), ou ont envisagé quitter leur milieu de travail ou leur profession. Tant au moment du geste qu'aujourd'hui, le facteur évitement fait l'objet du plus grand nombre de réponses négatives, i.e. l'absence de réactions (48,4% en moyenne), ce qui pourrait suggérer que les réactions émotionnelles et cognitives d'intrusion se traduisent relativement peu en comportements d'évitement.

Finalement, les réactions qui semblent faire l'objet d'un maintien dans le temps d'une intensité modérée ou forte, concernent généralement des aspects que l'on pourrait qualifier de constructifs et développementaux dans la pratique professionnelle, particulièrement en regard de la révision des critères d'efficacité et de l'idéal thérapeutiques. En effet, le facteur croissance représente quatre des sept items du QRPPGSP ayant présenté l'intensité se maintenant le plus fort dans le temps. L'analyse de fréquences du facteur croissance révèle ainsi que l'acceptation de l'occurrence du suicide comme possibilité dans la pratique, la clarification des limites du psychothérapeute et de la psychothérapie, un intérêt accru pour la problématique du suicide ainsi que, plus loin derrière, un sentiment accru de compétence, sont rapportés par 30,6% cliniciens en

moyenne comme demeurant à une intensité modérée ou forte encore aujourd'hui. Parmi les autres items faisant l'objet d'un maintien dans le temps, on retrouve la tendance à diriger davantage les patients suicidaires vers l'hôpital, la vigilance accrue au risque suicidaire chez d'autres patients, ainsi qu'une attention accrue aux aspects légaux dans la pratique. Si l'on peut interpréter la vigilance accrue comme un phénomène d'intrusion et les deux autres items comme étant des mesures de protection potentiellement révélatrices d'un certain évitement, on peut également envisager ces réactions comme pouvant refléter le développement de réflexes professionnels traduisant une meilleure conscience des limites du rôle et de l'action du psychothérapeute. L'hypervigilance en période normale de stress pourrait effectivement donner lieu à une saine vigilance avec la croissance professionnelle. De même, une tendance aux références prématurées vers l'hôpital ne peut-elle pas, moyennant une saine assimilation de la PPS, élargir la conscience du clinicien à la multiplicité des ressources qui entourent et balisent son champ d'activité?

Nous sommes tentés de voir là le signe d'une capacité assez généralisée des thérapeutes à contenir, à mentaliser et à assimiler l'événement avec l'aide des ressources qui leurs sont accessibles, sans que leur pratique en soit dramatiquement ou chroniquement affectée au-delà de prises de conscience généralement saines et favorables au développement de l'identité et de la compétence professionnelles. Ces analyses descriptives semblent ainsi corroborer nos hypothèses concernant la chute d'intensité avec le temps et la croissance professionnelle suivant le GSP, mais ne permettent évidemment aucune conclusion formelle, du fait de leur poids quantitatif relativement limité. En ce qui concerne la vérification statistique de ces hypothèses, rappelons que le QRPPGSP constitue notre principale variable dépendante, dont les mouvements furent généralement évalués de manière relative à l'impact de variables indépendantes. Aussi, les résultats relatifs à la question de l'atténuation avec le temps, par exemple, seront rapportés plus bas, dans les sections correspondant aux variables indépendantes dont nous avons examiné les impacts.

5.4 Impacts et interrelations des facteurs modulateurs

L'annexe D présente la matrice complète des principales corrélations effectuées pour la recherche. Le lecteur peut s'y référer au besoin, mais nous présenterons fréquemment lorsque nécessaire des tableaux partiels des corrélations analysées.

5.4.1 Style autorégulateur

Notre cadre théorique et la revue de littérature sur laquelle il s'appuyait nous avaient amenés à dégager le constat général selon lequel la personnalité du thérapeute était en définitive le facteur le plus influent dans la réaction des cliniciens au GSP et dans leur assimilation d'une telle expérience. Adoptant la notion de style autorégulateur comme variable de personnalité du thérapeute, nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle on devrait observer des réactions aiguës et à long terme d'une intensité généralement supérieure chez les thérapeutes présentant un style autorégulateur plus négatif (moins bienveillant). Rappelons que le style autorégulateur présente deux dimensions fondamentales (ou « vecteurs » selon les termes de Lorna S. Benjamin, 1974), l'affiliation et l'autonomie, chacune cotée par les sujets pour deux conditions, au meilleur et au pire de soi-même. Il en résulte quatre variables indiquant le degré selon lequel le thérapeute est bienveillant (affiliation) avec lui-même au pire et au meilleur de lui-même, et le degré selon lequel il est contrôlant (autonomie) avec lui-même, au pire et au meilleur de lui-même.

D'un point de vue corrélationnel, l'analyse des effets des scores vectoriels d'autorégulation (affiliation et autonomie) révèle en outre l'influence de l'affiliation « au pire de soi » (Aff_Pire) sur l'intensité des réactions initiales (RxGSP) et à long terme (RxGSP_b) des cliniciens au GSP, ainsi que sur le niveau de développement professionnel (DPGlobal) et la détresse psychologique contemporaine (IDPSQ) des cliniciens. Le tableau 5.7 présente les corrélations et principaux impacts statistiques de la dimension de l'affiliation « au pire de soi », appuyant en outre certaines corrélations par des résultats d'ANOVA. La dimension autorégulateur de l'autonomie présente également, mais dans une moindre mesure, des résultats significatifs, lesquels seront présentés plus loin.

Tableau 5.7 : Corrélations et principaux impacts statistiques de l'affiliation « au pire de soi »

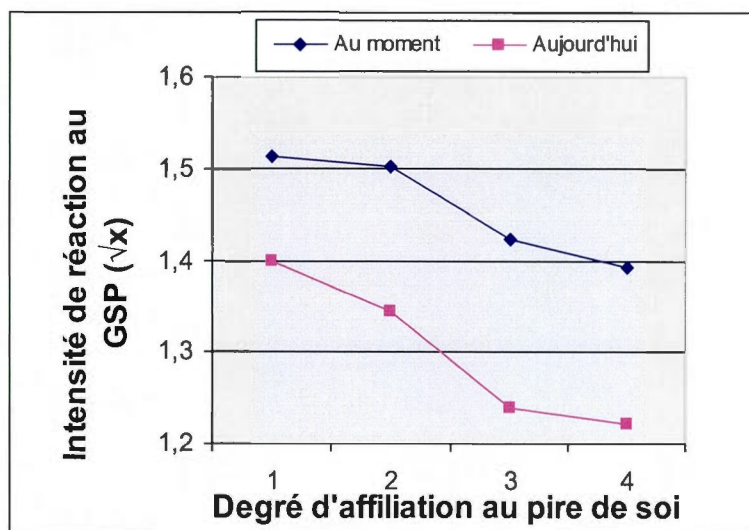
	Aff_Pire		Aff_Pire4	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>F</i> (3,39)	<i>p</i>
RxGSP	-0,351	*	1,598	
RxGSP_b	-0,445	**	3,752	*
DPGlobal	0,436	**	4,087	*
DPSatis	0,378	*	2,336	
IDPSQ	-0,537	***	7,996	***

Légende : * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

En termes de corrélations, l'affiliation au pire de soi (Aff_Pire) s'avère négativement corrélée aux deux temps de réactions au GSP, et plus fortement au second. Les ANOVAs réalisées ne supportent d'ailleurs que l'impact de Aff_Pire4 (variable Aff_Pire scindée en quatre groupes d'étendue égale) sur ce second temps de réaction, i.e. les impressions laissées à plus long terme par le GSP. Cela suggère que plus le sujet est bienveillant envers lui-même en situation critique ou difficile (condition « au pire »), moins ses réactions seront vives au GSP au moment du geste, et plus il aurait tendance à s'apaiser avec le passage du temps. La figure 5.3 (plus bas) permet d'illustrer combien les quatre degrés de bienveillance (affiliation) de l'introject au pire de soi ne diffèrent guère entre eux quant à l'intensité de leurs réactions initiales au GSP, mais qu'ils diffèrent en revanche beaucoup plus avec le passage du temps : les degrés d'introject moins bienveillants sont associés à des traces contemporaines significativement plus vives suite au GSP. Nous référons le lecteur au tableau 5.5 pour les valeurs correspondant aux intervalles des quatre niveaux de Aff_Pire4. Contrairement à notre hypothèse, il semble donc à première vue que l'introject permette plus difficilement de prédire l'intensité de la réaction du thérapeute au moment du geste, mais qu'il constitue en revanche un bon indicateur des sentiments éprouvés par le thérapeute plus longtemps après l'événement, en somme, des impacts à long terme du GSP.

Une section spécifiquement consacrée aux liens entre style autorégulatoire et développement professionnel détaillera plus bas d'autres corrélations et impacts de l'affiliation au pire de soi. Aussi, en ce qui concerne le développement professionnel, nous nous contenterons pour l'instant de souligner les corrélations de Aff_Pire avec le niveau de développement professionnel considéré globalement (DPGlobal; $r = 0,436$, $p < 0,01$) ainsi qu'aux dimension de « Tâche centrale » (DPTache; $r = 0,345$, $p < 0,05$) et des « Critères de satisfaction » (DPSatis; $r = 0,378$, $p < 0,05$), cette dernière étant, rappelons-le, la plus pertinente en regard de l'idéal du moi professionnel.

Figure 5.3: Intensité des réactions au GSP au moment du geste et aujourd'hui, en fonction du degré d'affiliation de l'introject « au pire de soi »



La corrélation de l'affiliation au pire de soi avec l'indice de détresse psychologique (IDPSQ; $r = -0,537$, $p < 0,001$) pourrait suggérer d'en faire un bon indice d'une certaine prédisposition des individus à connaître des difficultés psychologiques. De fait, les thérapeutes ayant rapporté un score significativement « élevé » à l'IDPSQ (6 thérapeutes ayant ensemble un score moyen de 35,82 sur 100) présentent également un degré d'affiliation au pire de soi (Aff_Pire) significativement moins positif que celui de leurs collègues ($t = 2,867$, $p < 0,01$). Ces résultats corroborent l'imposant corpus de littérature empirique dans la tradition interpersonnelle soulignant la valeur prédictive du modèle SASB dans son ensemble (p.ex. Lorna Smith Benjamin, 2011; Erickson & Pincus, 2005) et celle du vecteur de l'affiliation en particulier (p.ex. Vittengl *et al.*, 2004) dans l'évaluation de la psychopathologie et de la symptomatologie clinique. Par ailleurs, une dichotomisation du score d'affiliation au pire de soi révèle un indice de détresse plus faible ($t = 2,653$, $p < 0,05$), un développement professionnel global plus élevé ($t = -2,736$, $p < 0,05$), des critères de satisfaction professionnelle plus « matures » (DPSatis; $t = -2,484$, $p < 0,05$), une réaction « émotionnelle » initiale au GSP plus faible ($t = 2,171$, $p < 0,05$), ainsi que des réactions « cognitives » actuelles au GSP plus faibles ($t = 2,309$, $p < 0,05$) pour un introject plus positif.

À l'instar de l'affiliation, l'autonomie au pire de soi est également corrélée à la détresse psychologique (IDPSQ; $r = -0,344$, $p < 0,05$) et à des dimensions du développement

professionnel, nommément les critères de satisfaction (DPSatis; $r = 0,415$, $p < 0,05$) et l'émotion prédominante (DPEmo; $r = 0,414$, $p < 0,05$). Le tableau 5.8 présente les corrélations et principaux impacts statistiques de l'autonomie « au pire de soi ». On peut y constater que les corrélations avec les deux dimensions du développement professionnel sont fortement supportées par des ANOVAs, révélant que l'autonomie au pire de soi est significativement plus positive à mesure qu'augmente le niveau de développement professionnel, et inversement. Les thérapeutes moins rigides (plus souples) dans leur autocontrôle au pire d'eux-mêmes auraient ainsi tendance à être plus développés professionnellement, i.e. à présenter des critères de satisfaction professionnelle moins grandioses et à éprouver, dans le cadre de leur pratique, des émotions généralement plus paisibles et caractéristiques des stades plus matures de développement professionnel. Des figures illustreront plus loin cette relation dans la section portant sur le développement professionnel. La corrélation de Aut_Pire avec l'IDPSQ va dans le même sens que ce que l'on observait pour l'affiliation au pire de soi, seulement à une intensité moindre. Remarquons finalement la corrélation de Aut_Pire avec Expérience (le nombre d'années d'expérience professionnelle), qui semble suggérer que le style autorégulatoire tendrait à être plus positif en termes d'autonomie chez les cliniciens plus expérimentés, comme c'est le cas pour les cliniciens plus développés. Cette corrélation pourrait ainsi être en quelque sorte révélatrice de liens entre expérience et développement professionnel. Rappelons à cet égard (cf. Annexe D) que la maturité professionnelle liée aux idéaux thérapeutiques (DPSatis) est corrélée à 0,366 ($p < 0,05$) avec le nombre d'années d'expérience.

Tableau 5.8 : Corrélations et principaux impacts statistiques de l'autonomie « au pire de soi »

	Aut_Pire		Aut_Pire4	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>F</i> (3,39)	<i>p</i>
DPSatis	0.415	*	4.560	**
DPEmo	0.414	*	5.624	**
IDPSQ	-0,344	*	1.388	
Expérience	0,332	*	2.031	

Légende : * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

Soulignons en terminant que l'autonomie au meilleur de soi, par ailleurs relativement stable dans le développement professionnel ainsi qu'on le verra plus loin, présente également un lien avec le niveau de détresse psychologique, lequel n'est pas rapporté ici sous forme de tableau. Conformément à ce que l'on pourrait attendre, l'effet se traduit par une détresse plus élevée pour

une autonomie plus faible au meilleur de soi ($r = -0,421, p < 0,05; F(3,39) = 3,248, p < 0,05$). De même, l'affiliation au meilleur de soi (Aff_Meilleur) présente le même type de relation avec l'IDPSQ ($r = -0,349, p < 0,05; F(3,39) = 2,404, p > 0,05$), seulement de moindre intensité, et qui n'est pas supportée par une analyse de variance.

5.4.2 Niveau de développement professionnel

Par-delà les contributions du style autorégulateur du thérapeute, nous avons pour second répertoire d'objectifs la vérification de l'impact du niveau de développement professionnel, en particulier du degré de maturité des ambitions thérapeutiques et de l'idéal du moi professionnel, sur l'intensité des réactions au GSP. Le tableau 5.9 présente les corrélations et impacts statistiques des dimensions du développement professionnel sur les deux temps de réactions au GSP. On y constate des corrélations négatives fortement significatives entre le développement considéré globalement (DPGlobal) et les deux temps de réaction ($r = -0,492$, et $-0,580$, pour RxGSP et RxGSP_b, respectivement, $p < 0,01$ dans le premier et $p < 0,001$ dans le second cas). Il serait ainsi suggéré que le niveau de développement professionnel du psychothérapeute soit directement associé à une diminution de l'intensité de la réaction initiale de ce dernier, et de la vivacité des traces laissées par le GSP. Plus encore, des ANOVA réalisées séparément sur les deux temps de réaction révèlent un effet significatif du développement professionnel tant sur le premier (RxGSP ; $F(3,39) = 3,526, p < 0,05$) que sur le second temps de réaction (RxGSP_b ; $F(3,39) = 6,304, p < 0,01$), avec un contraste linéaire significatif à $p < 0,01$ ainsi qu'un écart significatif entre les 2 premiers stades à $p < 0,05$. Les cliniciens réagiraient ainsi avec une intensité graduellement moindre selon leur maturité professionnelle, mais l'écart le plus important se trouverait entre les deux premiers stades.

Tableau 5.9 : Corrélations et impacts statistiques des dimensions du développement professionnel sur les deux temps de réactions au GSP

	RxGSP			RxGSP b		
	<i>r</i>		<i>F</i> (3,39)	<i>r</i>		<i>F</i> (3,39)
DPGlobal	-0,492	**	3,526	-0,580	***	9,176
DPInfl	-0,257		0,755	-0,504	**	4,07
DPSatis	-0,328	*	1,538	-0,345	*	2,493
DPTache	0,001		0,846	-0,127		1,152
DPEmo	-0,114		0,470	-0,220		1,328

Légende : * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

Une analyse de variance à mesures répétées révèle également un impact atténuateur significatif du développement professionnel sur l'intensité de la réaction (effet intersujet de DPGlobal; $F(3, 39) = 6,394, p = 0,001$), avec une tendance linéaire significative à $p < 0,001$, suggérant des réactions d'une intensité graduellement moindre au fil des stades de développement professionnel ainsi qu'un effet du temps, mais pas d'effet d'interaction entre le temps et le développement professionnel.

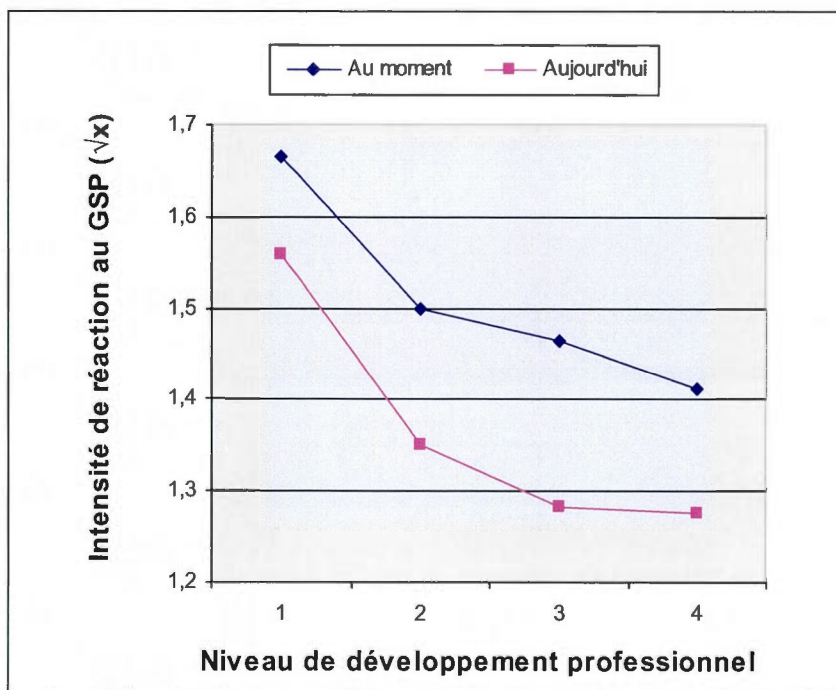
Outre le développement professionnel considéré globalement, seules les dimensions des sources d'influence et des critères de satisfaction semblent avoir un impact sur l'intensité des réactions au GSP, tant initialement qu'après le passage du temps. Il semblerait donc que le niveau de maturité professionnelle, tel qu'il se révèle à travers les principales sources d'influence et les idéaux thérapeutiques du clinicien, soit également susceptible de constituer un bon indice prédicteur non seulement de l'intensité de la réaction qu'aura le clinicien au moment de l'événement, mais également de la vivacité des traces qu'il en gardera plus tard. Ceci étant dit, ces corrélations sont d'une force moindre, et ne sont pas corroborées par les analyses de variance.

La figure 5.4 illustre bien les effets rapportés ici : il existe des écarts significatifs relativement constants entre les niveaux de développement quant à l'intensité de réaction qui leur est associée, et les deux temps de cotation (au moment du geste et aujourd'hui) se distinguent également par un écart significatif, indépendant du niveau de développement professionnel. C'est dire que l'intensité des réactions diminue significativement pour la vaste majorité des cliniciens avec le passage du temps, et que les réactions sont d'intensité significativement plus faible avec le niveau de développement professionnel, tant au moment du geste qu'aujourd'hui, mais que l'effet du temps ne diffère pas selon les stades de développement professionnel. L'effet du niveau de développement professionnel sur l'intensité des réactions semble s'apparenter à celui du degré de l'affiliation « au pire de soi », ainsi qu'on l'a vu à la section précédente.

En somme, ces résultats supportent bien mais partiellement notre hypothèse concernant l'impact du niveau de développement professionnel sur l'intensité des réactions : le niveau de développement professionnel considéré globalement s'avère intimement lié à l'intensité des réactions, mais ne semble pas avoir d'impact sur l'évolution temporelle de l'intensité des réactions. De plus, la dimension du développement professionnel relative aux critères de

satisfaction, celle que nous postulons comme pouvant être révélatrice de l'état de l'idéal du moi professionnel, présente un lien significatif mais relativement ténu avec l'intensité des réactions aiguës et à long terme.

Figure 5.4: Intensité des réactions au GSP au moment du geste et aujourd'hui, en fonction du niveau de développement professionnel



En guise d'objectif secondaire, afin de valider le construit du développement professionnel et d'en démontrer la pertinence notamment pour l'étude des incidents critiques comme le GSP, nous nous proposons d'investiguer les impacts de l'âge et du nombre d'années d'expérience sur l'intensité de la réaction au GSP, pour les comparer avec celui du niveau de développement professionnel. Nous avions pour hypothèse le fait que l'âge et le nombre d'années d'expérience professionnelle présenteraient un lien négatif avec l'intensité des réactions au GSP, mais de force moindre que celui du niveau de développement professionnel. Ces résultats seront développés dans la section suivante concernant les caractéristiques sociodémographiques des participants, mais mentionnons pour l'instant le fait que, contrairement au niveau de développement professionnel, l'âge et le nombre d'années d'expérience n'ont présenté aucun lien avec l'intensité des réactions au GSP. En revanche, le nombre d'années d'expérience présente une corrélation significative avec la dimension du développement professionnel liée aux critères

de satisfaction (DPSatis; $r = 0,366$, $p < 0,05$), et est également très fortement corrélé avec l'âge ($r = 0,713$, $p < 0,001$). Il s'agit là d'un des résultats très importants de cette recherche. Nous y voyons, d'une part, un appui à notre hypothèse concernant le développement professionnel comme réel facteur sous-jacent à l'intensité des réactions professionnelles, plutôt que l'âge ou l'expérience professionnelle. Et d'autre part, il nous semble que la corrélation entre l'expérience et une dimension du développement professionnel constitue un appui évident au construit du développement professionnel, comme quoi le développement devrait théoriquement être corrélé à l'expérience (idéalement à l'âge aussi), sans toutefois en être synonyme. Ceci étant dit, bien que les valeurs de consistance interne étaient satisfaisantes au sein des niveaux de développement (cf. chapitre Méthodologie), nous avons constaté que les quatre dimensions étaient parfois peu corrélées entre elles ou avec le niveau global du développement professionnel. De toutes les sous-dimensions, celle concernant les critères de satisfaction demeure la seule qui soit significativement corrélée à d'autres (émotion prédominante : $r = 0,526$, $p < 0,001$; sources d'influence : $r = 0,370$, $p < 0,05$) et avec le niveau global ($r = 0,526$, $p < 0,001$). Nous examinerons plus loin les résultats relatifs aux impacts de certaines caractéristiques sociodémographiques et contextuelles à la relation thérapeutique sur le niveau de développement professionnel.

5.4.3 Contexte : qualités de la relation thérapeutique et caractéristiques des participants

Afin de valider les conclusions de notre revue de littérature, nous avons pour troisième groupe de facteurs modulateurs à examiner, celui des caractéristiques de la relation thérapeutique et des participants. Il s'agissait globalement d'investiguer l'impact de telles variables sur l'intensité des réactions des cliniciens au GSP, à travers la perception et l'investissement que faisaient ces derniers de la relation thérapeutique. Nous n'avons pas émis d'hypothèses en cette matière, parce qu'elle nous semblait trop vaste d'une part, et que nous postulions d'autre part, à la lumière de notre cadre théorique, que la personnalité du thérapeute demeurerait le facteur le plus influent, même dans l'investissement que faisait le clinicien de la relation thérapeutique. Nous avons néanmoins formulé une question exploratoire visant à interroger une hypothèse rencontrée à l'occasion dans la littérature sur la PPS, à l'effet que l'intensité de la réaction au GSP soit en partie fonction de la qualité de la relation thérapeutique. Nous avons donc examiné l'intensité du lien entre la réaction des thérapeutes et leur jugement rétrospectif quant à la qualité de la relation

thérapeutique. Concrètement, le jugement rétrospectif des cliniciens sur la qualité de l'alliance de travail avec le client n'a présenté aucun lien avec l'intensité des réactions au GSP.

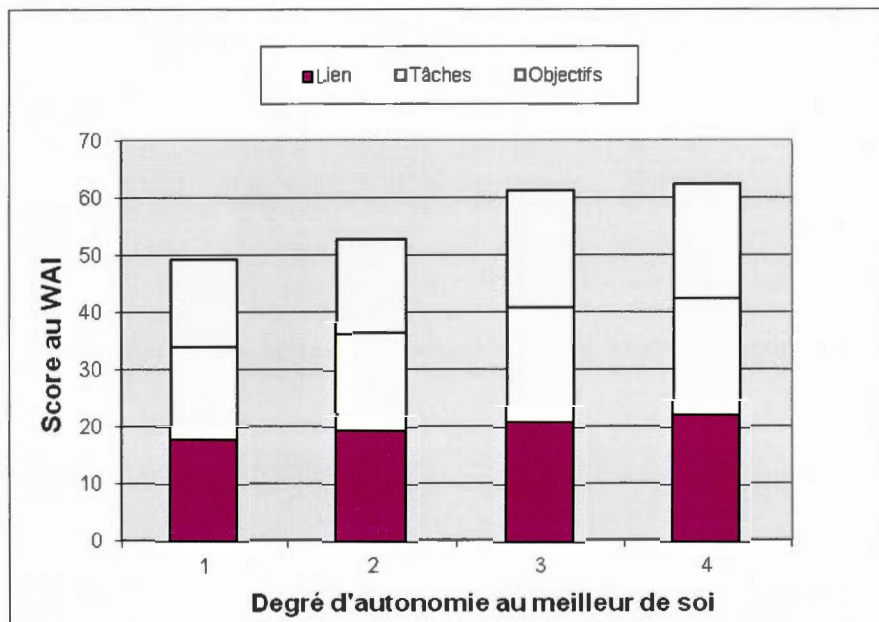
Si elle ne s'est pas avérée corrélée à l'intensité des réactions au GSP, la qualité de la relation thérapeutique, du moins son évaluation rétrospective par les cliniciens, a en revanche révélé des liens intéressants avec certaines variables du thérapeute. Le tableau 5.10 présente les quelques liens statistiques significatifs entre certaines variables des thérapeutes et leur jugement rétrospectif sur la qualité de la relation thérapeutique, telle que mesurée par le WAI. On peut y constater en particulier que l'autonomie « au meilleur de soi » (Aut_Meilleur) corrèle de manière significativement positive avec toutes les dimensions de l'alliance de travail sauf celle liée aux tâches thérapeutiques, et que son impact sur la qualité du degré d'entente quant aux objectifs thérapeutiques (WAI_Buts) est également corroborée par une ANOVA significative. C'est dire, en somme, que les thérapeutes avec un style autorégulateur plus positif au meilleur d'eux-mêmes en termes d'autonomie, tendraient à avoir une perception plus positive de la qualité de leur lien avec les clients. Des thérapeutes plus souples dans leur autocontrôle ont une perception plus positive de la relation avec le client ayant posé un geste suicidaire. C'est ce qu'illustre la figure 5.5.

Tableau 5.10 : Liens statistiques entre certaines variables des thérapeutes et leur jugement rétrospectif sur la qualité de l'alliance thérapeutique

	WAI Total				WAI Lien				WAI Tâches				WAI Buts			
	<i>r</i>		<i>F</i> (3,23)		<i>r</i>		<i>F</i> (3,23)		<i>r</i>		<i>F</i> (3,23)		<i>r</i>		<i>F</i> (3,23)	
Aut_Meilleur	0,392	*	2,844	*	0,398	*	2,289		0,314		1,541		0,370	*	3,285	*
DPSatis	0,263		1,157		0,175		0,420		0,211		1,079		0,330	*	1,726	
IDPSQ	-0,230		0,807		-0,108		0,348		-0,174		1,169		-0,342	*	2,197	

Légende : * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

Figure 5.5: Évaluation rétrospective de l'alliance de travail par les cliniciens en fonction du degré d'autonomie « au meilleur de soi »



En second lieu, le niveau de développement professionnel des cliniciens en ce qui a trait à leurs idéaux thérapeutiques et leurs critères de satisfaction est également corrélé positivement à leur jugement rétrospectif sur la qualité de leur entente avec les clients au sujet des objectifs thérapeutiques. Bien que ce résultat ne soit pas supporté par une ANOVA concluante, on pourrait donc penser que les cliniciens plus matures soient susceptibles d'avoir davantage confiance en la qualité et la clarté du lien qu'ils avaient établi avec leur client, et ce de manière relativement indépendante de la détresse que ce dernier a pu vivre et qui a mené à son geste suicidaire. Autrement dit, les thérapeutes plus matures, moins grandioses dans leurs ambitions thérapeutiques, présenteraient peut-être une meilleure capacité à discerner entre l'état du client et l'état de l'alliance thérapeutique. Il sera pertinent de s'interroger, dans le chapitre de discussion, sur la manière dont évolue, au fil du développement professionnel, le regard porté par le clinicien sur la qualité de la relation thérapeutique. Ces résultats seront discutés plus loin, mais rappelons pour l'instant qu'il n'est aucunement question ici d'une quelconque qualité objective de la relation thérapeutique, mais bien de l'impression rétrospective qu'en conservent les thérapeutes. Sous cet angle, des thérapeutes avec un style autorégulateur plus positif auront ainsi vraisemblablement tendance à percevoir plus positivement la qualité de la relation thérapeutique. De même, des thérapeutes plus développés – présentant souvent un style autorégulateur plus positif – percevront plus positivement la relation thérapeutique avec le client. Dans cette optique,

on ne s'étonnera guère de la corrélation négative entre la détresse psychologique et le jugement rétrospectif sur l'alliance : un esprit encombré d'affects ou de pensées négatives ou souffrantes sera probablement moins disposé à envisager positivement la relation thérapeutique avec un client donné, ou le travail qu'il a effectué avec ce dernier. Soulignons en terminant que le temps passé depuis l'événement s'est avéré corrélé négativement avec WAI_Buts (Délai avec WAI_Buts; $r = -0,331, p < 0,05$), ce qui suggère que les thérapeutes tendraient à percevoir de manière de plus en plus négative la qualité de leur lien avec le client avec le passage du temps. La nature potentiellement défensive d'un jugement positif de l'alliance thérapeutique sera discutée plus loin.

Toujours au sein des éléments contextuels de la relation thérapeutique, une caractéristique du patient s'est également avérée liée à l'alliance thérapeutique : le travail avec des patients suicidaires ayant déjà posé des gestes suicidaires par le passé. En effet, le jugement porté par les thérapeutes sur l'alliance de travail était significativement plus positif dans les cas où le patient avait déjà commis des tentatives de suicide par le passé (AntSuic avec WAITotal; $F(1,37) = 4,46, p < 0,05$).

Alors que l'on n'observait pas de lien entre la qualité du lien et la réaction du professionnel, la présence chez le patient d'un diagnostic à l'Axe I semble affecter à la baisse l'intensité de réaction aux deux temps de réponse ($F(1,38) = 4,839, p < 0,05$), ce qui n'est pas le cas pour la présence d'un diagnostic à l'Axe II, i.e. d'un trouble de la personnalité. Compte tenu de la multiplicité des diagnostics possibles à l'Axe I, ce résultat nous paraît ouvrir la porte à un répertoire d'hypothèses extrêmement vaste, aussi nous semble-t-il que toute tentative de fonder une conclusion significative sur ce résultat tiendrait de la spéculation. Pour n'en mentionner qu'une, l'hypothèse d'une distance relationnelle induite par le diagnostic (possiblement favorisé par le style ou le milieu de pratique du professionnel) semble en outre peu probable, le diagnostic n'ayant pas révélé d'impact sur l'alliance de travail ($F(1,33) = 1,092, p < 0,304$, pour l'effet sur WAITotal d'un diagnostic à l'Axe I).

Autre caractéristique du patient, le groupe d'âge auquel il appartient a semblé avoir un impact sur l'intensité de la réaction du thérapeute, mais seulement au moment du geste. En effet, les thérapeutes dont le patient était un enfant ou un adolescent ont rapporté une réaction initiale (RxGSP) significativement plus élevée que ceux dont le patient était adulte ($F(1,42) = 5,650, p <$

0,05). Envisagé sous l'angle du sens commun, ce résultat n'est guère surprenant, la mort d'une jeune personne apparaissant spontanément plus bouleversante du fait de sa survenue prématurée, depuis la perspective intuitive de l'ordre naturel des choses. Les impressions à long terme n'étant apparemment pas affectées par l'âge du patient, force est sans doute de conclure que cette variable influence essentiellement le choc que vivra initialement le thérapeute, mais que le processus d'assimilation de l'expérience est sensiblement le même peu importe l'âge du patient.

Par ailleurs, le questionnaire sociodémographique comportait quelques items ciblant la possibilité qu'avait pu avoir le thérapeute de déceler des idéations suicidaires chez son patient préalablement à ce qu'il pose son geste, soit par des mentions explicites du patient, soit par des signes plus subtils ayant porté le clinicien à s'en douter. Considérés ensemble, ces items nous ont permis de constituer un facteur dichotomique de « surprise », qui ne s'est révélé associé à aucune des variables à l'étude, même en contrôlant pour les antécédents suicidaires du patient susceptibles d'atténuer l'effet de surprise attribuable au contexte de la relation thérapeutique. En d'autres termes, le fait que le thérapeute ait été pris par surprise par le geste suicidaire de son patient, même dans les cas où n'existait aucun antécédent suicidaire connu chez le patient, n'a pas contribué significativement à accroître l'intensité de ses réactions, ni au moment du geste, ni plus tard.

Parmi les variables sociodémographiques relatives aux thérapeutes, le sexe et l'âge n'ont présenté aucun impact sur les variables à l'étude au-delà de ce qu'il était attendu. Hommes et femmes de tous âges ne se distinguent ainsi pas significativement les uns des autres quant à l'intensité de leur réaction au GSP, à la charge de leur introject en termes d'affiliation ou d'autonomie, à leur maturité professionnelle, à leur indice de détresse psychologique actuel, ou à leur jugement rétrospectif de la qualité de l'alliance de travail avec le patient. L'âge a cependant présenté une corrélation positive significative avec le nombre d'années d'expérience professionnelle ($r = 0,713$, $p < 0,001$), et l'expérience professionnelle, ainsi qu'on l'a vu plus haut, corrélait avec la dimension du développement professionnel liée aux critères de satisfaction ($r = 0,366$, $p < 0,05$), ainsi qu'il était légitime d'anticiper. Il paraît en effet logique de supposer que le facteur temps, à l'origine de la corrélation entre l'expérience et l'âge, se retrouve également dans le développement professionnel, cependant dans une moindre mesure : le développement comporte une part de temps, certes, mais constitue une notion plus large impliquant un changement allant au-delà de la simple maturation attribuable au temps. Ces

corrélations, particulièrement celle liant le nombre d'année d'expérience professionnelle à la dimension du développement professionnel concernant les critères de satisfaction (DPSatis; $r = 0,366$, $p < 0,05$), apportent néanmoins une forme de validation par critère au QDPP, dans la mesure où il est normal d'attendre qu'une majorité de cliniciens ayant peu d'années d'expérience soient moins développés, et qu'une portion significative de cliniciens plus développés soient plus expérimentés. Mais en ce qui concerne l'intensité de la réaction au GSP, les résultats semblent confirmer la tendance de nos hypothèses, à savoir que l'expérience en terme de nombre d'années n'explique pas statistiquement l'intensité de la réaction.

Concernant certaines caractéristiques de la pratique professionnelle, des particularités méthodologiques et conceptuelles nous ont rendu plutôt ardue, voire hasardeuse, la tâche de tirer des conclusions valables. Ce fut notamment le cas pour l'évaluation de l'impact des contextes de pratique des cliniciens, sachant que ces derniers en combinent souvent plusieurs. Aussi, par exemple, l'effet attribuable au fait de compter « au moins » tel ou tel milieu parmi ses contextes de pratique sur les variables à l'étude ne sera pas détaillé ici, puisque les quelques phénomènes statistiquement significatifs observés nous semblent faire l'objet d'un nombre trop grand de facteurs à prendre en compte. Il en va de même pour les approches théoriques, qui sont au nombre de deux chez un peu plus du tiers des répondants (34,7%; $n = 16$), et qui n'ont généré que des résultats difficilement interprétables. Par exemple, il était suggéré que le fait de compter au moins l'orientation psychodynamique/analytique parmi ses approches était associé à un niveau de développement professionnel significativement plus faible en termes de critères de satisfaction (DPSatis, $F(1,36) = 12,677$, $p < 0,001$). Aussi, bien qu'ils puissent présenter un fort potentiel de divertissement en permettant d'alimenter d'amusantes querelles de clochers, de tels résultats nous paraissent plutôt malaisés à interpréter. Au-delà de l'approche ou du contexte de pratique, mentionnons également que le nombre d'heures hebdomadaire vouées à la pratique de la psychothérapie n'a révélé d'impact sur aucune des variables à l'étude. Comme antécédent professionnel, le nombre d'heures de formation reçue sur le suicide par le passé ne présente pas non plus d'impact quelconque.

En termes d'antécédents personnels, il est intéressant de constater que les thérapeutes ayant déjà vécu le décès d'un proche par suicide présentent un niveau de développement professionnel global plus élevé que leurs collègues qui n'ont jamais traversé un tel événement (DPGlobal, $F(1,41) = 6,048$, $p < 0,05$). Alors que l'on pourrait être tenté de penser qu'il s'agisse

là d'un artefact de l'âge ou de l'expérience, les résultats ne démontrent pas non plus de lien entre ces variables et le fait d'avoir déjà vécu cet événement par le passé. Ce résultat touche au point crucial de l'intrication du personnel et du professionnel dans le développement et la pratique des cliniciens; il en sera abondamment question plus loin.

Les résultats suggèrent ainsi qu'une certaine familiarité des thérapeutes avec l'expérience de perte via celle d'un proche par suicide puisse contribuer à les rendre plus humbles en regard de leurs aspirations thérapeutiques, les obligeant notamment à réfléchir sur la fragilité de la vie, à accepter l'existence du suicide comme possible, à apprivoiser l'impuissance et l'influence relativement limitée qu'ont les êtres les uns sur les autres, etc. Cette souplesse de pensée s'incarne vraisemblablement dans une philosophie du travail thérapeutique empreinte d'une plus grande humilité. Cela explique sans doute pourquoi en outre, les cliniciens qui avaient déjà, par le passé, connu le geste suicidaire d'un patient, se révélaient également d'un niveau de développement professionnel plus élevé en regard des critères d'efficacité et de satisfaction, que leurs collègues répondant au sujet d'une première expérience (DPGlobal; $F(1,41) = 4,969$, $p < 0,05$). Encore ici, l'âge ou l'expérience ne présentaient aucune corrélation avec les antécédents de GSP.

Autre appui empirique à l'impact de la PPS sur la maturité professionnelle : outre son impact constaté dans les analyses préliminaires sur l'intensité des impressions conservées par les thérapeutes, la nature du geste a également révélé un impact sur le développement professionnel des thérapeutes. Il semble en effet que les thérapeutes ayant connu le décès d'un patient se distinguaient de leurs collègues ayant vécu une tentative par leur niveau plus élevé de développement professionnel en ce qui a trait aux critères de satisfaction et d'efficacité thérapeutique ($F(1,42) = 5,540$; $p < 0,05$). La nature du devis ne nous permet guère d'inférence quant à la causalité, mais considérant le temps écoulé entre le moment du geste et celui de la cotation par les répondants, sans doute est-il permis d'avancer prudemment que la perte d'un patient par suicide ait pu entraîner un processus de réflexion et de révision de l'idéal professionnel et thérapeutique se reflétant dans un gain de maturité professionnelle.

5.5 Liens entre niveau de développement professionnel et style autorégulatoire

Le tableau 5.11 présente les liens statistiques observés entre les sous-dimensions respectives du développement professionnel et du style autorégulatoire. D'emblée on constate que les dimensions de l'introject « au pire de soi » (Aff_Pire et Aut_Pire) sont les seules à présenter des corrélations avec la maturité professionnelle, en particulier envisagée globalement (DPGlobal) et sous l'angle des critères de satisfaction (DPSatis).

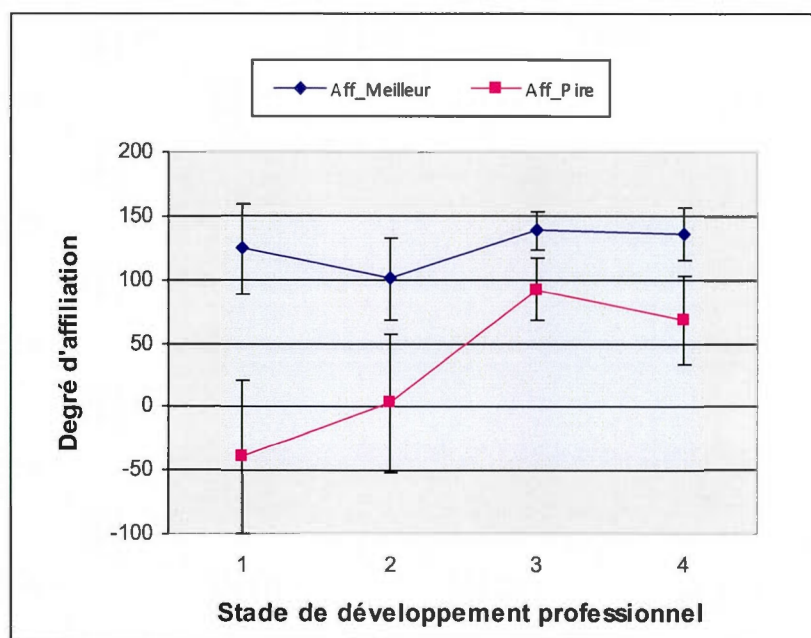
Tableau 5.11 : Corrélations et impacts statistiques des dimensions du développement professionnel sur les dimensions du style autorégulatoire

	Aff_Meilleur		Aff_Pire			Aut_Meilleur		Aut_Pire		
	<i>r</i>	<i>F</i> (3,39)	<i>r</i>		<i>F</i> (3,39)	<i>r</i>	<i>F</i> (3,39)	<i>r</i>		<i>F</i> (3,39)
DPGlobal	0,192	1,662	0,436	**	7,586	***	0,170	2,123	0,328	2,371
DPSatis	0,198	0,878	0,378	*	4,450	**	0,291	0,935	0,415	* 4,560 **
DPEmo	0,120	0,432	0,141		6,673	**	0,161	0,984	0,414	* 7,939 **
DPTâche	0,063	1,416	0,345	*	1,446		0,216	0,667	0,116	0,244
DPIinfl	0,222	0,754	0,221		0,841		0,168	0,250	0,178	0,835

Légende : * : $p < 0,05$, ** : $p < 0,01$, *** : $p < 0,001$

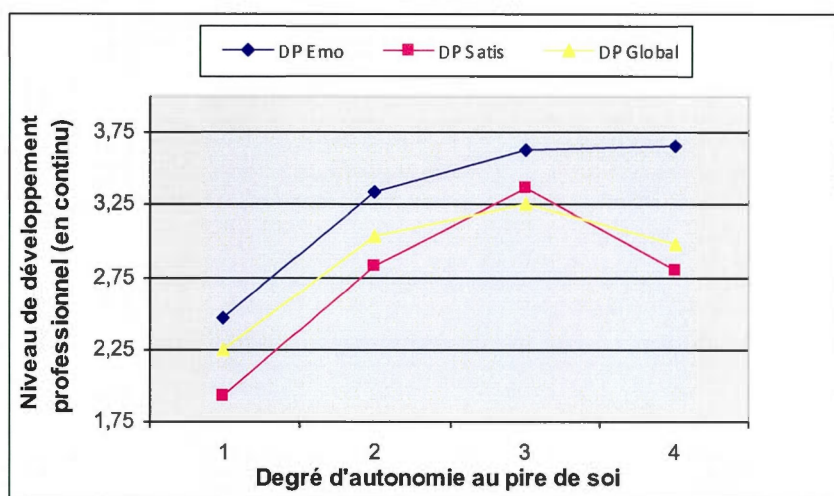
La relation émergeant le plus fortement des analyses statistiques concerne l'impact de l'affiliation au pire de soi (Aff_Pire) sur le niveau de développement professionnel global (DPGlobal). La figure 5.6 illustre cet accroissement significatif de l'affiliation au pire de soi au fil du développement professionnel suivant une trajectoire significativement linéaire ($p < 0,001$). Alors que l'affiliation au meilleur de soi demeure relativement constante, il s'avère en effet que celle « au pire de soi » soit intimement liée de manière positive à la maturité professionnelle des cliniciens sondés. Notre hypothèse se trouve ainsi confirmée en ce qui a trait au lien positif entre le niveau de développement professionnel et le degré de bienveillance du style autorégulatoire. Les significations possibles d'une telle relation seront discutées au prochain chapitre.

Figure 5.6: Affiliation au meilleur et au pire de soi-même selon le stade de développement professionnel



À l'instar de son impact sur l'intensité des réactions au GSP, l'autonomie au pire de soi suit une progression significativement positive au fil du développement professionnel. En inversant la mise en relation des deux variables, on obtient la figure 5.7, qui illustre cette progression du niveau de développement professionnel (DPGlobal et les sous-dimensions des critères d'efficacité et de l'émotion prédominante) selon quatre degrés d'autonomie au pire de soi. On peut y observer en effet qu'un gain en autonomie au pire de soi semble généralement associé à une plus grande maturité professionnelle, ce qui supporte à nouveau notre hypothèse concernant la relation positive entre le développement professionnel et le style autorégulateur.

Figure 5.7: Niveau de développement professionnel pour quatre degrés d'autonomie « au pire de soi »



CHAPITRE VI

DISCUSSION

6.1 Introduction

Le lecteur nous permettra d'abord une brève récapitulation de notre démarche, avant de tenter une synthèse des résultats. Prenant appui sur une revue de littérature sur l'expérience du GSP qui révélait chez les thérapeutes des impacts :

- initialement intenses mais largement résorbés avec le temps et pouvant donner lieu à une croissance professionnelle;
- essentiellement circonscrits dans la sphère professionnelle et touchant surtout au narcissisme, à la grandiosité et aux idéaux professionnels du clinicien (dont les origines peuvent être de nature tant personnelles que professionnelles);
- dont le processus d'assimilation reposait largement sur la personnalité et la disponibilité des facultés réflexives du thérapeute, et comportait des similitudes avec un axe du développement professionnel (rapport à l'idéal du moi professionnel) de même qu'avec certains mécanismes identifiés dans le corpus sur la croissance post-adversité;

Nous avons par conséquent cherché à investiguer, d'une part, les impacts de la personnalité et du niveau de développement professionnel des cliniciens sur l'intensité et l'évolution temporelle de leurs réactions au GSP. Il s'agissait en somme de préciser les impacts et interrelations de facteurs que l'on supposait participer à une certaine grandiosité chez les cliniciens, critère jugé déterminant dans l'intensité et la métabolisation des réactions au GSP. Un premier niveau de lecture visera explicitement le phénomène et le destin de l'expérience par les thérapeutes du GSP.

D'autre part, un objectif secondaire consistait à éclairer, à partir de l'exemple de l'expérience du GSP, la nature et le processus évolutif de certaines facettes du développement professionnel, et à apporter un appui empirique au paradigme développemental pour l'étude des phénomènes relatifs à la personne du thérapeute. Ce second niveau de lecture sera tramé en parallèle tout au long de la discussion, et prendra forme plus manifeste dans la synthèse proposée en fin de chapitre.

6.2 Impacts et assimilation par les cliniciens de l'expérience du geste suicidaire d'un patient

Au plan empirique, notre premier objectif consistait à évaluer les impacts aigus et à plus long terme du GSP chez les psychothérapeutes. Nous avons formulé à cet égard l'hypothèse selon laquelle nos résultats révéleraient un effet considérable du temps, voyant diminuer significativement l'intensité des réactions « négatives » (liées à l'intrusion et l'évitement, au stress et à la détresse). Il avait également été avancé que les réactions associées à la croissance et à la maturité professionnelle devraient, quant à elles, se maintenir voire croître en intensité avec le temps.

D'emblée, les analyses descriptives semblaient corroborer ces hypothèses, suggérant que les réactions aiguës inventoriées étaient partagées par une majorité de thérapeutes mais à une intensité relativement modérée; que les réactions dites d'évitement étaient plus minoritaires; et que l'intensité des réponses chutait considérablement avec le passage du temps, sauf pour les items liés à la croissance. Les analyses quantitatives ont révélé plus loin l'effet drastique du temps sur l'intensité des réactions.

Ces constatations invitent à joindre notre voix à celles des études citées dans notre revue de littérature, rapportant que les réactions d'évitement (à l'*Impact of Event Scale*) au GSP étaient, déjà au moment du geste, d'intensité moindre que celle d'intrusion (elles-mêmes souvent en-deçà des seuils cliniques), et que toutes les réactions passaient largement sous la barre des seuils cliniques dans un délai d'un mois après l'événement. Le QRPPGSP n'étant pas pourvu de normes et de seuils cliniques, il ne nous a pas été possible de tirer des conclusions aussi criantes que certaines des recherches citées plus haut. Nous estimons néanmoins que nos résultats vont directement dans le sens de la revue de littérature, suggérant en outre que les impacts du GSP

auraient peu tendance à affecter les cliniciens au-delà de la sphère professionnelle et à se traduire par exemple en manifestations de stress dans la sphère personnelle. Pour rappeler une conclusion citée plus haut, nous y voyons le signe d'une capacité généralisée des thérapeutes à contenir et à assimiler l'événement avec l'aide des ressources qui leurs sont accessibles, sans que leur pratique en soit dramatiquement ou chroniquement affectée au-delà de prises de conscience somme toute favorables au développement de l'identité et de la compétence professionnelles.

Ces résultats fondent la principale prémisse de la présente recherche, et suggèrent en somme un changement de perspective par rapport à la manière dont fut envisagée la PPS jusqu'à présent. À l'instar de Munson (2009), nous croyons qu'il est éminemment pertinent d'aborder la PPS dans ce qu'elle constitue une opportunité de croissance, de n'insister pas tant sur l'expérience tragique des thérapeutes comme survivants endeuillés, que sur leur expérience comme professionnels en développement continu qui rencontrent en traversant le GSP une opportunité d'apprentissage et de croissance. Il ne s'agit évidemment pas de pousser l'angélisme jusqu'à voir dans la PPS une bénédiction dont on devrait se réjouir, mais certainement, à tout le moins, d'être plus en phase avec une réalité transcendante de l'expérience du GSP. Le thème de la croissance est omniprésent dans la littérature sur la PPS (E. J. Anderson, 1999; Brown, 1987b; Goodman, 1995; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kaufmann Didisheim *et al.*, 2007; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Knox *et al.*, 2006; Lapp, 1986; Munson, 2009; Ting *et al.*, 2006) et nos résultats primaires ne font que le souligner. L'objectif central de cette recherche se trouve ainsi légitimé : ne pas se pencher uniquement sur la post-vention et les stratégies d'adaptation immédiates, mais également, sachant que la très vaste majorité des cliniciens survit très bien à la PPS, interroger et veiller à cultiver de manière préventive chez les thérapeutes les ressources qui leur permettent de croître de ce genre d'incident critique, voire des épreuves professionnelles de façon plus générale.

Dans le but de comprendre les mécanismes et processus sous-jacents à l'assimilation de cette expérience par les cliniciens, la suite logique consistait à identifier plus précisément les thèmes et enjeux touchés par la PPS chez ces derniers. Nous avons considérablement insisté, dans le cadre théorique, sur la nature narcissique professionnelle de la blessure infligées aux cliniciens par le GSP. Nous avons postulé, à l'instar de Tillman (2006) et Gorkin (1985) avant elle, que la grandiosité professionnelle du clinicien et la manière dont elle infiltre l'investissement qu'il fera du patient, de la relation et du processus thérapeutique, constitue le noyau principal qui

détermine l'impact de la PPS chez le clinicien ainsi que le processus que traversera ce dernier pour métaboliser l'événement. Considérant que la grandiosité pouvait émaner autant du bagage développemental personnel du clinicien que d'une phase normale de développement professionnel, nous avons investigué conjointement ces deux avenues dans l'espoir d'en éclairer certaines des interrelations dans l'assimilation de la PPS et dans le développement professionnel de manière plus large.

La grandiosité des idéaux thérapeutiques et une certaine immaturité développementale de l'idéal du moi professionnel se sont avérées corrélées à l'intensité des réactions au GSP, tant au moment du geste qu'avec le passage du temps. La sous-dimension du développement professionnel liée aux critères de satisfaction était en effet corrélée négativement aux deux temps de réaction au GSP, et le niveau de développement professionnel global était également très fortement corrélé à l'intensité des réactions, relation qui s'étayait de surcroît sur des ANOVAs fortement significatives. C'est dire que les thérapeutes moins développés – pas forcément moins expérimentés – tendent à réagir plus fortement au moment du geste, et à conserver des traces plus vives avec le temps que ne le font leurs collègues plus matures. Nous précisons cette distinction entre le développement et l'expérience parce qu'en effet, ainsi que nous l'avions supposé, et pour nuancer ce que de nombreuses recherches avançaient (p.ex. Brown, 1987a; Eckler-Hart, 1987; Foster & McAdams, 1999; Grad *et al.*, 1997; Litman, 1965; Wells, 1991), ce ne serait pas tant l'expérience que le développement professionnel qui constituerait un bon prédicteur pour comprendre l'intensité de la réaction initiale au GSP, de même que le processus d'assimilation qui s'ensuit. Il s'agit là d'une des contributions originales de cette recherche : mettre en relief certains enjeux développementaux qui sous-tendent réellement les phénomènes que d'aucuns attribuent à l'expérience professionnelle. Ceci étant, la maturité professionnelle en regard des idéaux thérapeutiques était également corrélée avec le nombre d'années d'expérience.

L'impact du niveau de développement de l'idéal du moi professionnel observé sur l'intensité des réactions au GSP nous semble ainsi appuyer notre hypothèse concernant la nature narcissique professionnelle de la blessure engendrée par l'événement chez le clinicien. Nous discuterons plus loin cette conclusion en examinant la question des facteurs modulant l'assimilation à long terme que font les cliniciens de l'événement. Nous pouvons néanmoins avancer pour l'instant que l'idéal du moi professionnel et son niveau de développement constitue une notion porteuse très fertile afin d'étayer les constatations relevées en la matière par

l'importante majorité des publications sur la PPS, tant qualitatives ou théoriques (E. J. Anderson, 1999; Brown, 1987a, 1987b; Darden, 2008; Farberow, 2005; Fox & Cooper, 1998; Gitlin, 1999, 2007; Goldstein & Buongiorno, 1984; Hamel-Bissell, 1981; Hendin *et al.*, 2000; James, 2004; Knox *et al.*, 2006; Litman, 1965; Menninger, 1991; Moody, 2010; Rubovits, 1993; Silverthorn, 2005; Tillman, 2006; Ting *et al.*, 2006; Valente, 1994; Wells, 1991; Wert, 1988) que quantitatives (Alexander *et al.*, 2000; Chemtob, Hamada, Bauer, Kinney, *et al.*, 1988; Chemtob, Hamada, Bauer, Torigoe, *et al.*, 1988; Courtenay & Stephens, 2001; Cryan *et al.*, 1995; Dewar *et al.*, 2000; Goodman, 1995; Grad *et al.*, 1997; Henry, 2006; Henry *et al.*, 2004; Horn, 1995; Kleespies *et al.*, 1993; Kleespies *et al.*, 1990; Lapp, 1986; McAdams & Foster, 2000; Munson, 2009; O'Reilly *et al.*, 1990; Pieters *et al.*, 2003; Pilkinton & Etkin, 2003; Ruskin *et al.*, 2004; Thomyangkoon & Leenaars, 2008; Trimble *et al.*, 2000; Yousaf *et al.*, 2002).

Concrètement, les recherches rapportaient de manière quasi unanime que la PPS portait une atteinte importante au sentiment de compétence, et que les cliniciens souffraient souvent d'une impression d'avoir failli à leur responsabilité professionnelle (James, 2005a). C'est essentiellement cette notion de responsabilité qui confère sa coloration narcissique à l'expérience que font les cliniciens de la PPS. Nos résultats suggèrent ainsi que les thérapeutes moins développés réagissent plus fortement au GSP, en partie parce que leur notion de responsabilité professionnelle est susceptible d'être passablement grandiose, démesurément ambitieuse. C'est notamment ce que ciblait la sous-dimension du QDPP liée aux critères de satisfaction, et cette « sur-responsabilisation » distinguait en outre les stades 1 et 2 du développement professionnel, entre lesquels nous avons trouvé l'écart le plus significatif en termes d'impact de la maturité professionnelle sur l'intensité des réactions au GSP. En termes de processus d'assimilation, c'est pour cette raison qu'on parlera davantage du deuil d'un idéal, voire d'un « objet-soi » narcissique (pour emprunter les termes de Kohut, 1968, 1971), plutôt que du deuil d'un objet réel. Pour schématiser, si le thérapeute en est professionnellement à un stade où sa posture relationnelle est davantage narcissique que thérapeutique, i.e. que son investissement des clients tend parfois à servir davantage sa propre cohésion narcissique et son sentiment de compétence que le mieux-être de ceux-ci, le stress professionnel de la PPS marquera la perte d'un prolongement narcissique de soi sur lequel reposait exagérément la cohésion professionnelle du clinicien (Worden, 2009). Avec le gain de maturité professionnelle, les cliniciens développent des référents internes et s'appuient de moins en moins sur les clients pour juger de leur compétence et de l'efficacité de leur travail.

Cette discussion des résultats concernant l'impact du niveau de développement professionnel sur les réactions aiguës et à long terme du GSP confirme ainsi notre hypothèse théorique concernant la nature de l'atteinte portée par le GSP chez le thérapeute, et rappelle que nos résultats supportent également la totalité de nos hypothèses plus générales concernant les effets protecteurs de la maturité professionnelle en regard de l'intensité des réactions au GSP. Le niveau de développement professionnel affectait à la baisse autant les réactions aiguës que celles à long terme. Nous avons particulièrement insisté sur la maturité de l'idéal du moi professionnel parce que cette notion nous paraît notamment centrale dans la conception du développement professionnel que nous avons empruntée à Skovholt & Ronnestad (2003; 1992), *a fortiori* dans le contexte de la PPS. Mais la structure et le développement du self professionnel étant chose éminemment complexe et multidimensionnelle, il est certes possible que des facteurs autres que l'idéal du moi professionnel et les ambitions thérapeutiques participent à la genèse d'une telle réaction plus vive de la part des cliniciens dits « moins développés ». Autrement dit, la grandiosité n'est peut-être pas l'unique caractéristique susceptible d'expliquer l'intensité de réaction accrue des thérapeutes moins développés. Sans doute peut-on évoquer, en outre, l'effet bouclier attribué par certains auteurs à l'expérience professionnelle (Brown, 1987a; Foster & McAdams, 1999). Rappelons qu'il s'agit d'un effet par lequel les thérapeutes moins développés, ayant une identité et un self professionnel relativement embryonnaires ou peu différenciés du self personnel, tendent à percevoir davantage comme un échec personnel les revers qu'ils connaissent dans leurs activités professionnelles.

Ce postulat quant à la nature du self professionnel des thérapeutes débutants se retrouvait également dans le modèle de Skovholt & Ronnestad (2003; 1992). S'il nous est permis de reporter le lecteur à la figure 1 (cf. chapitre 3), on peut en effet déduire que le caractère quasi inexistant (contour pointillé) du self professionnel de l'aidant profane (colonne d'extrême gauche) laisse par défaut le self personnel comme principale arène où se joueront les impacts de la PPS. Ceci étant, les auteurs ayant mentionné l'effet bouclier semblent faire davantage référence au thérapeute novice qu'à l'aidant profane. Aussi, toujours en se référant à la figure 1, on pourrait être porté à croire que ce n'est pas tant l'absence de self professionnel que « l'hyper-saillance » écrasante de l'idéal du moi professionnel doublée d'un sentiment d'incompétence relativement aigu qui expliquent l'intensité des réactions de ces thérapeutes au GSP. Rappelons d'ailleurs le résultat rapporté plus haut comme quoi l'écart le plus significatif en termes d'impact du niveau de

développement professionnel sur les réactions au GSP se situait entre les stades 1 et 2 mesurés par notre questionnaire sur le développement professionnel du psychothérapeute (QDPP). Compte tenu du fait que, à la différence de ce qu'illustrait la figure 1, notre opérationnalisation du modèle dans le questionnaire faisait débiter le développement professionnel au stade de thérapeute novice, et non à celui d'aidant profane, nous estimons donc que la grandiosité et les questions d'idéal du moi professionnel pèsent relativement plus lourd dans l'explication du phénomène ici en cause. En même temps, pour nuancer, soulignons que la différenciation personnel-professionnel constitue la principale dimension manquante dans la figure 1, ce qui rend passablement hasardeuse une discussion de ces questions strictement basée sur notre représentation schématique d'une réalité complexe comme celle du développement professionnel des psychothérapeutes. Et finalement, gardons à l'esprit le fait que les transitions entre ces stades sont graduelles et loin d'être hermétiques. Un jeune thérapeute novice pourra donc aisément, par exemple, présenter à la fois des caractéristiques de l'aidant profane et du novice. Ceci étant, le QDPP ne permettait d'évaluer la présence d'éléments propres à l'aidant profane.

Une fois la nature de l'atteinte circonscrite, l'enjeu suivant consistait à préciser les facteurs caractérisant les thérapeutes ayant réagi plus fortement au GSP. Posée autrement, la question pourrait être : quels sont les déterminants de l'intensité des réactions des cliniciens au GSP? Au-delà du niveau de maturité professionnelle, nous avons avancé, à l'instar de nombreux auteurs recensés dans notre cadre théorique (Brown, 1987b; Grad, 1996; Grad & Michel, 2005; Hamel-Bissell, 1981; Hendin *et al.*, 2004; Horn, 1994, 1995; James, 2004, 2005a; Kleespies, 1993; Litman, 1965; Misch, 2003; Moody, 2010; Worden, 2009), que la personnalité du thérapeute constituait en définitive le facteur le plus déterminant dans l'intensité des réactions des cliniciens au GSP et dans leur assimilation de l'événement. Une autre contribution originale de la présente recherche consistait à investiguer empiriquement et de manière quantitative une notion qui n'était généralement avancée que de manière théorique ou intuitive dans la littérature sur la PPS. Nous avons émis l'hypothèse voulant que le style autorégulatoire des thérapeutes soit négativement associé à l'intensité des réactions au GSP, tant au moment du geste qu'à plus long terme. Concrètement, nous prédisions qu'un introject plus positif et bienveillant dans la relation du clinicien avec lui-même engendrerait des réactions initiales d'intensité moindre, et favoriserait peut-être une assimilation plus saine de l'événement, laquelle se traduirait par une intensité moindre de réactions à plus long terme. Nos résultats ont révélé un impact significatif de la composante autorégulatoire « affiliation au pire de soi » sur les deux temps de réaction,

supportant assez généreusement notre hypothèse concernant l'impact de la personnalité du clinicien sur sa réaction au GSP. Les réflexions de Hendin *et al* (2004) concernant les vertus protectrices d'une nature relativement optimiste et peu autoréprobatrice se trouvent ainsi corroborées par cette portion de nos résultats. Notre constat n'est pour ainsi dire guère surprenant : des cliniciens ayant tendance à se traiter d'une manière plus négative et dépréciative lorsqu'ils traversent des moments difficiles semblent connaître une réaction plus vive lorsque confrontés à une situation comme le GSP, qui met à rude épreuve leur capacité à s'autoréguler dans le décalage entre leur représentation d'eux-mêmes et celle de l'idéal auquel ils tentent de se conformer.

Envisagé – moyennant tout de même une simplification substantielle – comme reflétant une facette des transactions surmoïques du sujet, l'introject tel qu'il apparaît dans nos résultats sur l'affiliation au pire de soi semble ainsi appuyer en quelque sorte nos postulats et ceux de Tillman (2006) et Gorkin (1985) concernant la nature narcissique de la blessure engendrée par la PPS. Les cliniciens porteurs d'un Surmoi plus punitif réagissent plus vivement au GSP. Un introject négatif n'est certes pas synonyme de grandiosité ou de problème narcissique professionnel, mais une corrélation devrait théoriquement exister entre les deux, et notre recherche supporte cette assertion. En effet, nous avons constaté un impact significatif du degré de bienveillance de l'introject sur le degré de maturité professionnelle du clinicien. Autant l'affiliation que l'autonomie au pire de soi présentaient un impact positif sur le niveau de développement considéré globalement, ainsi que dans ses sous-dimensions liées aux critères de satisfaction et à l'émotion prédominante. C'est dire que les cliniciens ayant un introject plus positif et se traitant avec davantage de bienveillance lorsqu'ils traversent des moments difficiles seraient favorisés sur le plan de la maturité professionnelle, et tendraient en particulier à être moins grandioses dans leurs ambitions thérapeutiques et leur idéal du moi professionnel. Autre constat intuitivement plutôt sensé : le style autorégulateur des cliniciens serait favorable à leur croissance professionnelle. Ce résultat nous paraît constituer un appui évident aux postulats de Skovholt & Ronnestad (2003; 1992) à l'effet que les facultés réflexives constituent le principal facteur déterminant la capacité du thérapeute à apprendre et à se développer à travers l'assimilation des expériences professionnelles rencontrées. De même, dans les théories de la croissance post-adversité (Calhoun & Tedeschi, 2006; Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne *et al.*, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi *et al.*, 1998), l'activité réflexive constituait également le critère essentiel permettant la croissance par la métabolisation

des expériences traumatiques. Encore une fois, le style autorégulatoire tel qu'employé dans notre recherche ne doit certainement pas être mis en équation avec la notion éminemment vaste et complexe de fonctionnement réflexif, autant comme compétence du clinicien (Bennett-Levy, 2006; Gillmer & Marckus, 2003; Knight, 2004; Lamboy, Blanchet, & Lecomte, 2004; Pearlman & Caringi, 2009; Russell, 2005; Vazir, 2006) que comme processus fondamental de régulation émotionnelle ou de mentalisation (Auerbach & Blatt, 2002; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002; Fonagy & Target, 1997; Iran-Nejad, 2000; Schore & Schore, 2008). Une élaboration des parentés et des distinctions entre ces notions excèderait largement le cadre de la présente discussion. Aussi nous nous bornerons à la conclusion selon laquelle le style autorégulatoire, comme variable de personnalité tributaire de l'histoire développementale, semble influencer la disponibilité des facultés réflexives du clinicien, lesquelles sont essentielles à ce qu'il puisse se développer professionnellement. Logiquement, un thérapeute au style autorégulatoire moins bienveillant aura plus de chances d'avoir assimilé moins sainement les différentes expériences de formation, *a fortiori* celles qui faisaient intervenir son idéal du moi professionnel, et présente donc davantage de chances d'avoir conservé un idéal du moi plus grandiose, que ses facultés réflexives n'auraient pas été en mesure de réviser à la baisse d'une manière saine au gré des expériences rencontrées. Par le biais de l'activité réflexive, le style autorégulatoire aurait ainsi un impact sur la maturité professionnelle (et la grandiosité), en intervenant sur la manière dont sont assimilées les expériences professionnelles. C'est pour l'instant ce que nous invitent à conclure les résultats observés dans le contexte spécifique de la PPS.

Concernant la manière dont la personnalité peut influencer le développement professionnel, deux de nos résultats méritent ici une parenthèse. Nous avons constaté que le fait d'avoir vécu dans le passé le geste suicidaire d'un proche ou d'un autre client préalablement au GSP ciblé par la présente recherche, était associé à une plus grande maturité professionnelle – les critères d'efficacité et de satisfaction dans le cas de la perte d'un patient, et le développement professionnel global dans le cas de celle d'un proche. Il est intéressant de constater que les pertes antérieures, qu'elles soient personnelles ou professionnelles, sembleraient favoriser la révision des idéaux professionnels. Il est certes envisageable que la perte d'insouciance ou de naïveté engendrée par la perte d'un proche ou d'un patient par suicide propulse la réflexion professionnelle dans le sens d'une plus grande humilité, et qu'elle impose le constat des limites inhérentes à l'influence que l'on peut avoir en définitive pour prévenir un tel geste. Les compétences du psychothérapeute opérant souvent, jusqu'à un certain point, comme des vases

communicants à l'interface des schémas personnel et professionnel de soi, sans doute peut-on penser que le processus d'assimilation traversé dans la vie personnelle suite à un deuil par suicide pourrait s'exprimer par une maturité accrue dans la pratique professionnelle. Si le thérapeute ne vit pas de deuil proprement dit par rapport à son patient suicidé, force est de reconnaître que ses expériences de deuil en contextes semblables dans sa vie ont certainement influencé sa perspective existentielle dans le travail thérapeutique. Et contrairement à ce que suggérait James (2005b), le fait d'avoir déjà connu la PPS dans le passé ne semblerait pas accentuer la détresse ou l'intensité des réactions, mais plutôt la maturité et l'humilité professionnelles, qui est associée à une réaction moins vive.

La personnalité du thérapeute, sous la facette de la dimension affiliative de l'introject au pire de soi, se trouve ainsi confirmée comme facteur affectant l'intensité des réactions au GSP, de même que le développement professionnel. Fait curieux, cela dit, bien qu'elle soit liée à la maturité professionnelle ainsi qu'on l'a vu, l'autonomie au pire de soi, contrairement à l'affiliation, ne présente pas d'impact sur l'intensité des réactions au GSP. La structure fondamentale du modèle circomplexe interpersonnel (Lorna S. Benjamin, 1974) n'étant pas l'objet de la présente recherche, nous nous contenterons de supposer que l'affiliation constitue probablement un facteur plus simple et fondamental en termes de valence affective des représentations relationnelles, et se prête par conséquent mieux à l'investigation des concepts visés ici que l'autonomie, qui évoque un continuum de souplesse dans l'autocontrôle, un paramètre peut-être un peu plus complexe ou subtil. Ceci dit, les questions de rigidité et de contrôle auraient tout de même pu être fort intéressantes à interpréter si elles avaient généré des résultats significatifs. On peut certainement imaginer, par exemple, qu'un thérapeute particulièrement rigide dans son autorégulation pourrait avoir tendance à se tourmenter plus longtemps après un « échec » professionnel comme le GSP, ce qui pourrait poser obstacle à ce qu'il puisse opérer le lâcher prise nécessaire pour métaboliser l'expérience et se développer professionnellement. Encore une fois, cette question évoque le modèle de Skovholt & Ronnestad (2003; 1992), dans lequel le troisième groupe de facteurs modulant le développement professionnel réfère notamment à l'attitude face à la complexité et au défi. L'autonomie autorégulatoire nous semble s'apparenter considérablement à ce facteur postulé par les auteurs, ce qui pourrait expliquer son impact sur le niveau de développement professionnel. Toujours est-il que l'autonomie ne présente malheureusement pas, dans notre recherche, d'impact empirique direct sur l'intensité des réactions au GSP.

Outre la personnalité du thérapeute, la relation thérapeutique avec le client constitue un facteur modulateur proposé par quelques auteurs comme étant susceptible d'affecter les réactions des cliniciens au GSP (E. J. Anderson, 1999; Grad, 1996; Horn, 1995; Lapp, 1986; Litman, 1965; Valente, 1994; Worden, 2009). Il s'agit du dernier facteur dont nous souhaitons investiguer l'impact sur l'intensité des réactions au GSP, afin de vérifier la validité de ce qui était avancé à cet égard dans la littérature sur la PPS. Nous n'avons toutefois pas formulé d'hypothèse empirique concrète, puisque nous postulons à la base que la nature de la relation thérapeutique n'aurait d'incidence sur l'intensité des réactions qu'à travers l'influence de la personnalité du thérapeute et la manière dont elle affecte son investissement du client et sa relation avec lui. De plus, la nature rétrospective de la mesure de l'alliance thérapeutique envisagée depuis le point de vue du thérapeute nous semblait mieux se prêter à une investigation exploratoire, considérant nos postulats sur l'influence primordiale de la personnalité du thérapeute. En d'autres termes, le fait que ce soit les thérapeutes (et non, par exemple, des juges externes) qui donnent leur verdict sur la qualité de l'alliance thérapeutique ne permet pas d'isoler la manière dont leur personnalité influence leur point de vue. Et en dépit de ses qualités certaines comme mesure de la relation thérapeutique, le WAI ne permet pas une investigation des dynamiques relationnelles subtiles et complexes qui se jouent souvent entre thérapeute et client.

Nous étions donc curieux de voir quels liens pourraient exister entre l'intensité des réactions des cliniciens au GSP et leur jugement rétrospectif sur la qualité de l'alliance thérapeutique avec ce même client. Statistiquement, nous n'avons observé aucun lien entre la qualité de l'alliance thérapeutique du point de vue des thérapeutes et leurs réactions au GSP. Contrairement à ce que certains auteurs pouvaient avancer, donc, les résultats obtenus auprès des thérapeutes de notre enquête suggèrent que la qualité du lien avec le client ne déterminerait pas nécessairement l'intensité avec laquelle réagira le thérapeute au GSP. En outre, le degré d'attachement émotionnel (l'une des trois dimensions de l'alliance mesurées par le WAI) ne permettrait pas de prédire l'intensité avec laquelle réagira le thérapeute. On pourrait donc croire que tous les thérapeutes soient susceptibles de réagir plus ou moins aussi intensément au GSP, et peut-être justement avec cette même intensité relativement modérée que nous avons soulignée tout au long de la présente recherche. Peut-être y a-t-il lieu de voir là une forme d'appui à la tradition abordant la PPS sous l'angle du stress professionnel, et une infirmation du même phénomène envisagé comme deuil. En effet, le deuil envisagé comme perte objectale devrait

théoriquement être fonction de l'intensité de l'attachement entre thérapeute et client, ce qui ne serait pas forcément le cas du stress professionnel. Ceci étant dit, le jugement rétrospectif des cliniciens sur la relation thérapeutique pourrait aisément avoir fait l'objet de certaines opérations défensives avec le temps, et pourrait de ce fait n'être guère représentatif de l'attachement réel qui existait entre thérapeute et client au moment du GSP. Quoiqu'il en soit, nous n'avons pas observé de liens entre l'intensité des réactions des cliniciens et leur jugement rétrospectif quant à la qualité de l'alliance thérapeutique, et cela infirme une hypothèse qui a cours dans la littérature scientifique portant sur la PPS.

Si elle ne présentait pas de liens avec l'intensité des réactions, l'alliance thérapeutique s'est en revanche avérée liée à quelques autres caractéristiques intéressantes du thérapeute. En effet, nous avons observé que l'autonomie au meilleur de soi semblait affecter positivement le jugement rétrospectif des cliniciens sur leur lien thérapeutique avec le client, comme c'était le cas pour le niveau de maturité des critères de satisfaction professionnelle, qui était positivement lié au jugement rétrospectif sur la qualité de l'entente quant aux objectifs thérapeutiques. Examinons d'abord ce dernier résultat. On l'a dit, le parcours du développement professionnel, selon le modèle proposé par Skovholt & Ronnestad (2003; 1992), implique une forme d'adoucissement de la sévérité des critères relatifs à l'efficacité thérapeutique, un certain apprivoisement d'idéaux thérapeutiques souvent aussi flous qu'inatteignables en début de carrière. Les résultats rapportés plus haut suggèrent le fait qu'un niveau de développement professionnel plus mature et moins grandiose en regard des critères de satisfaction et d'efficacité, serait associé à une perception plus positive de la relation thérapeutique, en particulier dans la clarté des ententes au sein de la dyade en ce qui a trait aux objectifs thérapeutiques.

Les cliniciens moins matures jugeraient ainsi moins positivement l'accord entre le client et eux concernant les objectifs thérapeutiques. Cela pourrait refléter, en premier lieu, des exigences et des standards effectivement plus élevés chez les thérapeutes plus grandioses en ce qui a trait aux objectifs thérapeutiques à atteindre. De ce point de vue, le résultat n'est guère surprenant : sans doute est-il difficile d'atteindre une bonne entente avec le client sur les objectifs thérapeutiques lorsque les ambitions que l'on porte en soi sont extrêmement élevées. La sous-estimation rétrospective de la qualité du lien établi serait ainsi peut-être à l'image de l'écart entre l'évaluation que font les cliniciens grandioses de la relation et les standards élevés auxquels ils tentent de se conformer. Cela illustre aussi une facette du modèle de développement professionnel

que nous défendons ici : le thérapeute moins mature et plus grandiose se « sur-responsabilise » et distingue plus difficilement l'état du client de l'état de la relation thérapeutique, tendant à faire reposer trop lourdement son jugement de la qualité du lien sur l'état du client. Par conséquent, un client vivant une détresse aiguë sévère dont le geste suicidaire constitue l'apothéose serait plus facilement synonyme, pour des thérapeutes grandioses, d'une relation thérapeutique en déroute. Le sentiment d'échec sera d'autant plus grand que les attentes des cliniciens envers eux-mêmes seront élevées. Mais heureusement, nous estimons pouvoir trouver réconfort dans le résultat révélant que les évaluations de l'alliance sont généralement plus positives pour des clients ayant déjà commis un geste suicidaire dans le passé. Nous sommes tentés d'y voir le constat rassurant selon lequel les thérapeutes semblent, de façon générale, aptes à distinguer l'alliance de la détresse du patient, et se mobilisent activement pour consolider le lien avec les clients qu'on suppose plus fortement à risque d'un passage à l'acte suicidaire.

Deuxièmement, en considérant le contexte dans lequel nous avons obtenu cette mesure d'alliance, i.e. un regard porté rétrospectivement par le clinicien sur une relation thérapeutique pour le moins perturbée (i.e. dans laquelle le patient est passé à l'acte sous la forme d'un geste suicidaire), on pourra s'interroger sur le caractère potentiellement défensif que pourrait revêtir pour le clinicien plus grandiose la propension à évaluer à la baisse la qualité de l'alliance. La mise en œuvre d'une telle mesure pourrait en effet s'inscrire dans un effort inconscient de préserver l'intégrité du self professionnel, et le protéger contre le sentiment d'échec et de culpabilité de n'avoir pas « sauvé » le patient. La menace pour le self et l'imputabilité du thérapeute se trouvent amoindries du fait que la relation soit représentée comme étant moins bonne, et cette précaution s'avère d'autant plus nécessaire lorsque les idéaux thérapeutiques, les représentations de ce que le professionnel serait censé être en mesure d'accomplir, sont élevés. De telles défenses sont conséquentes avec les processus généralement observés chez les thérapeutes grandioses, narcissiques ou perfectionnistes (Cozolino, 2004; Finell, 1985; Glickauf-Hughes, 1994; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Kottler & Blau, 1989; Laine, 2007; Luchner *et al.*, 2008; Modell, 1975; Mollon, 1989; Murphy, 1973; Sussman, 2007; Wittenberg & Norcross, 2001).

Troisièmement, l'impact de la maturité professionnelle sur le score au WAI illustre peut-être la perception relativement sévère qu'ont les cliniciens grandioses de leur capacité à établir une relation thérapeutique productive et efficace. La sous-estimation rétrospective de la qualité du

lien établi reflèterait ainsi peut-être leur jugement sur leurs capacités plutôt que sur la relation elle-même.

Et finalement, plus simplement, si l'on accepte que tous les thérapeutes portent un regard juste et valide sur la relation thérapeutique et qu'un jugement rétrospectif négatif sur l'alliance peut signifier que le client était peu motivé et engagé dans sa thérapie, il y aurait donc lieu de s'interroger à savoir si les thérapeutes plus matures ne parviendraient pas effectivement mieux à engager le client dans sa thérapie. Cela ouvre un questionnement sur le lien entre le développement et la compétence professionnelle. Nous pensons que la compétence est implicitement intriquée dans le modèle de développement professionnel qui nous sert de cadre. Mais la présente recherche ne portant pas sur l'efficacité thérapeutique, nous n'avions pas pour objectif de démêler les deux notions. Aussi, le questionnement à savoir si les thérapeutes plus développés sont effectivement plus efficaces ou compétents ne sera pas élaboré davantage.

Il est évidemment impossible de statuer ici avec certitude quant à l'origine d'un tel regard de la part des thérapeutes, sachant que leur personnalité infiltre probablement leur jugement rétrospectif sur l'alliance. Un style autorégulateur plus souple et positif en termes d'autonomie au meilleur de soi affectait d'ailleurs positivement leur jugement sur toutes les dimensions de l'alliance thérapeutique. Nous avons également constaté que le niveau actuel de détresse psychologique des thérapeutes était lui aussi associé – négativement, cette fois – au regard rétrospectif sur l'alliance. Pour compléter, ajoutons que les liens entre le style autorégulateur et le niveau actuel de détresse psychologique sont omniprésents : les deux dimensions de l'autorégulation, affiliation et autonomie, au meilleur comme au pire de soi, sont associées négativement à la détresse psychologique actuelle. Il semble donc qu'un thérapeute moins grandiose et plus souple et indulgent dans son style autorégulateur tend à maintenir avec davantage de solidité sa capacité à évaluer positivement la relation thérapeutique malgré les ruptures et les épreuves infligées au lien, par exemple à travers les passages à l'acte et épisodes de détresse du client. Ce qui était vrai pour le potentiel de développement professionnel semble donc pouvoir s'appliquer à la perception de l'alliance thérapeutique : certains traits autorégulateurs de la personnalité du thérapeute ont de toute évidence une influence sur sa santé mentale, mais vraisemblablement aussi sur sa perception rétrospective de la relation thérapeutique. Nous voyons là un certain appui à notre postulat concernant le poids prédominant de la personnalité comme facteur déterminant dans l'impact potentiel de la relation thérapeutique sur l'intensité de la

réaction des cliniciens au GSP, et sur l'assimilation qu'ils peuvent faire d'un tel événement, de manière à se développer professionnellement.

Afin de préciser un peu les enjeux de croissance et d'assimilation par les thérapeutes de l'expérience du GSP, considérons maintenant plus attentivement la dimension longitudinale. À cet égard, nos résultats suggéraient que l'impact « protecteur » de la maturité professionnelle en regard du stress professionnel de la PPS se faisait davantage sentir avec le passage du temps. En effet, tant les corrélations que les analyses de variance s'avéraient plus fortement significatives au temps de réponse « aujourd'hui ». Qui plus est, l'autorégulation (plus spécifiquement l'affiliation au pire de soi) ne révélait des ANOVAs significatives qu'au second temps de réaction, i.e. l'intensité des traces laissées par l'événement. Cet effet protecteur de la maturité professionnelle ne s'exprimerait ainsi peut-être pas tant sur le coup que dans la durée, i.e. dans l'apaisement procuré par une saine assimilation de l'événement. Cette conclusion fait écho aux faibles taux de réactions initiales d'intensité clinique chez les thérapeutes sondés par Henry *et al.* (2004), et suggère qu'il serait sans doute normal de connaître sur le coup une réaction d'une intensité certaine, quoique modérée, mais surtout peu importe l'expérience ou le niveau de développement professionnels. Les thérapeutes de divers degrés de maturité professionnelle seraient susceptibles de réagir initialement plus ou moins au même degré d'intensité, seulement les plus grandioses demeureraient sensiblement plus marqués à long terme par le GSP. Le style autorégulatoire influencerait aussi partiellement la réaction initiale, mais interviendrait de façon plus déterminante encore dans la métabolisation qui sera faite de l'événement par le thérapeute.

6.3 Synthèse

L'important deviendrait donc le sens attribué à l'événement et l'assimilation qui en sera faite, ce qui rejoint notre principale proposition dans la présente recherche : au-delà d'un stress initial relativement bien géré et contenu par une majorité de clinicien, la PPS peut donner lieu à une croissance professionnelle, pour peu que certaines conditions soient réunies afin de permettre aux cliniciens de métaboliser sainement l'événement. Les théories de la croissance post-adversité (Calhoun & Tedeschi, 2006; Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne *et al.*, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi *et al.*, 1998), offraient une conceptualisation intéressante du processus de transformation pouvant affecter les sujets ayant connu un bouleversement important. On y voyait que, selon la nature et la disponibilité des processus

réflexifs impliqués, l'adaptation du self du sujet au choc de la réalité émergente du trauma pouvait se solder de trois manières : soit par une assimilation, par une accommodation négative ou par une accommodation positive. Ces notions nous semblent toutes indiquées pour décrire les vicissitudes des réactions des cliniciens à la PPS, et pourraient se traduire respectivement par les concepts de stagnation, de régression et de croissance ou développement professionnel. Dans un tel cadre, on pourrait comprendre la stagnation professionnelle comme étant le résultat d'un processus assimilatoire laissant le self du thérapeute inchangé dans sa structure suite au GSP. L'assimilation pourrait, comme dans le contexte psychothérapeutique évoqué par Joseph et Linley (2005), résulter d'un processus défensif visant à préserver l'intégrité du self et cherchant une résorption rapide des symptômes. Mais elle pourrait également, si l'on ajoute les éclairages de Skovholt & Ronnestad (2003; 1992) sur le développement professionnel, être attribuable au niveau de développement professionnel, en ce sens que l'événement ne représenterait pas une nouveauté tellement bouleversante pour un professionnel plus mature et moins grandiose. Ces cliniciens n'auraient donc pas à accommoder leur représentation d'eux-mêmes comme professionnel et de leur pratique de manière à prendre en compte l'impératif d'humilité professionnelle commandé par la PPS.

Dans le même cadre conceptuel, la régression professionnelle nous semble se présenter essentiellement comme une possibilité théorique ou du moins temporaire en tant que réaction à la PPS. En effet, nos résultats suggéraient que les réactions défensives d'évitement comportemental (hospitalisations prématurées, refus de clients ou de problématiques spécifiques, réaménagement de la pratique, changement de domaine d'exercice ou de profession) demeuraient largement marginales et temporaires. Si l'on envisage le self professionnel sous un angle structural analogue à la personnalité, il devient conceptuellement invraisemblable de régresser structuralement. Le niveau de développement professionnel agit en quelque sorte comme plancher structural, et sa configuration déterminera en partie les réactions. En ce sens, sans doute pourrait-on comprendre la régression évoquée ici comme une forme de décompensation professionnelle, i.e. essentiellement comme une réaction de stress professionnel ne persistant pas dans le temps. Aussi, si l'on tient à l'intégrer à notre modèle par souci d'exhaustivité, sa place comme conséquence à long terme sera surtout théorique – nuance que n'élaboraient guère Joseph et Linley (2005) –, et devrait plutôt en principe se solder par une assimilation, i.e. une conservation défensive de la structure initiale (prétraumatique) du self professionnel.

Finalement, en ce qui a trait au développement professionnel, il serait, pour sa part, le fruit d'une accommodation positive trouvant le self professionnel en quelque sorte bonifié, transformé positivement des suites des constatations imposées par l'événement. Si l'on considère le développement professionnel de manière globale, le modèle de Skovholt & Ronnestad (2003; 1992) suggérerait que l'accommodation positive puisse toucher différentes facettes de la pratique, différents axes développementaux (authenticité, internalisation, implication, humilité) dont nous n'élaborerons pas le détail ici, pour nous en tenir au phénomène spécifique de la PPS. Dans ce contexte, l'accommodation positive devrait prendre la forme d'une révision de l'idéal du moi professionnel, proposition corroborée par nos résultats empiriques concernant les liens entre l'intensité des réactions contemporaines au GSP et le niveau de développement professionnel.

Le rôle central attribué plus haut à l'activité réflexive dans le développement professionnel (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003; Skovholt & Ronnestad, 1992) et dans la croissance post-adversité (Calhoun & Tedeschi, 2006; Joseph & Linley, 2005; Linley & Joseph, 2007; Payne *et al.*, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1995, 2004; Tedeschi *et al.*, 1998) nous semble à présent appeler quelques réflexions en ce qui a trait aux contributions du style autorégulateur dans le phénomène qui nous intéresse. Si l'on considère que la réflexion constituait un critère *sine qua non* au développement et à la croissance, on acceptera de dire qu'elle doit intervenir afin qu'il y ait accommodation, et qu'il en va de même dans le contexte de la PPS. C'est du moins le paradigme dans lequel s'inscrit la présente recherche. Rappelons à cet égard, que nous relevions dans notre revue de littérature, le fait que la réflexion constituait pour de nombreux cliniciens l'activité essentielle permettant de procéder à la révision des idéaux professionnels et de croître des suites du GSP (Brown, 1987b; Hamel-Bissell, 1981; James, 2004, 2005a; Kleespies, 1993; Misch, 2003; Moody, 2010; Rossouw, 2009; Silverthorn, 2005). Nous avons également suggéré plus haut que le style autorégulateur était susceptible de moduler la disponibilité des facultés réflexives. À la lumière de nos résultats concernant l'impact du style autorégulateur sur l'intensité des réactions au GSP et ses liens avec le développement professionnel, nous proposons en fait que c'était à travers l'activité réflexive que le style autorégulateur influençait la métabolisation par les cliniciens de l'expérience du GSP, ce qui expliquait en outre ses liens statistiques plus forts avec le second temps de réaction.

Qu'est-ce à dire, concrètement? Pour reprendre la terminologie de Joseph et Linley (2005), on pourra avancer que si l'expérience du GSP se solde par une assimilation (stagnation

professionnelle), c'est que les ressources réflexives ne seront pas intervenues, soit pour cause de non-sollicitation, ou en raison d'une forme d'inhibition ou de distorsion qui en aurait affecté le travail. Dans le premier cas, celui d'un bouleversement bien régulé par les schémas prétraumatiques, le thérapeute mature ne souffrira pas à long terme de la PPS, en partie parce qu'au fond il n'attendait pas de lui-même d'être capable d'éviter ultimement ce genre d'événement. Dans le second cas, une activité ruminatoire plutôt automatique (par opposition à intentionnelle comme dans l'activité réflexive; cf. Tedeschi & Calhoun, 1996; Tedeschi & Calhoun, 2004) permettrait d'atténuer chez le sujet les réactions de stress, mais sans révision en profondeur des schémas professionnels. Pour suivre notre proposition, on pourrait supposer que ce genre d'assimilation défensive serait en quelque sorte le fruit d'une distorsion des processus réflexifs opérée par le style autorégulatoire. Afin de survivre à l'événement, le clinicien pourrait, en outre, élaborer une lecture ou une compréhension de l'événement qui ne remette pas en cause sa perception prétraumatique de lui-même, s'en construire un récit qui préserve intacte sa conception de la pratique professionnelle et de sa place dans un tel champ. Le fait de s'accrocher à une erreur qu'il aurait pu commettre, et de persister à se tenir responsable du GSP pourrait possiblement constituer un exemple de ce genre de processus. Bien qu'il puisse paraître *a priori* d'une piètre efficacité pour atténuer les réactions de stress, un tel procédé pourrait être envisagé comme étant paradoxalement apaisant en ce qu'il constitue une version fermée du récit de l'événement qui permettrait éventuellement au sujet de le traiter comme affaire « classée », pour ensuite reprendre le cours ordinaire de ses activités professionnelles, sans questionner en profondeur son rapport à sa pratique clinique. Dans un cas semblable, des aménagements doivent assurément être opérés dans la pratique du clinicien afin de lui permettre de poursuivre ses activités sans remise en question profonde après un événement comme la PPS. Par exemple, on peut imaginer qu'un changement subtil de champ d'activité pourrait suspendre le développement professionnel sur le front où il évoluait, maintenant intactes les représentations de l'idéal du moi professionnel. Et finalement, mentionnons pour conclure le cas plus simple où le thérapeute parviendrait à nier toute responsabilité, ou se constituerait une version de l'événement lui permettant d'occulter jusqu'à sa participation même à la construction du contexte d'où surgit le GSP. Peut-être peut-on imaginer ici que des rationalisations fondées, par exemple, sur la pathologie du client, ou sur un déplacement de la responsabilité vers d'autres intervenants au dossier, pourraient servir le même genre de stagnation professionnelle.

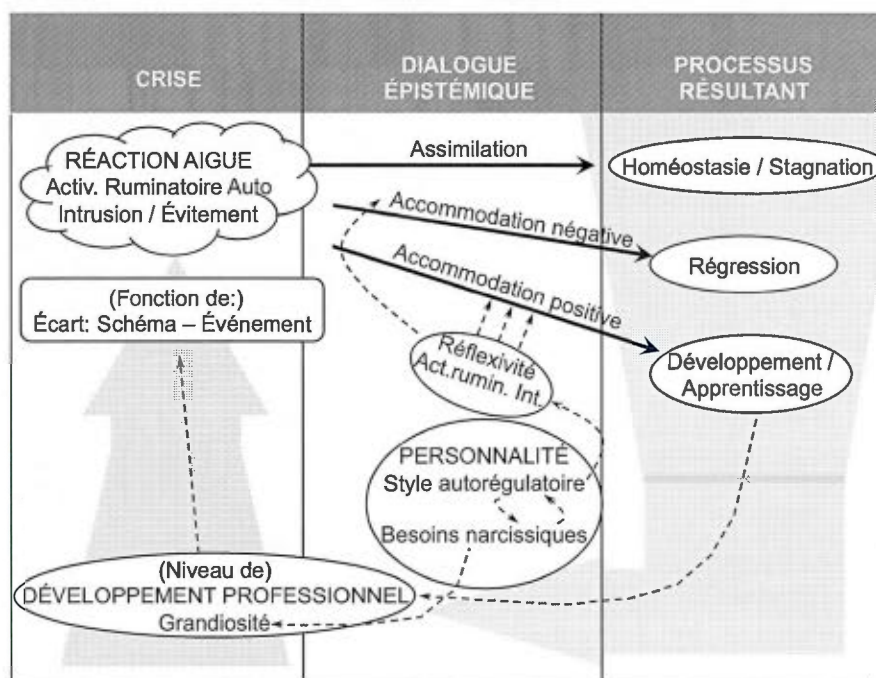
Dans le cas d'une accommodation positive, un phénomène de croissance professionnelle devrait normalement résulter de ce que les schémas professionnels aient été suffisamment ébranlés pour stimuler un dialogue réflexif au sein du self professionnel, mais pas à un degré d'intensité tel que l'action des processus réflexifs serait entravée, par exemple suite à une distorsion induite par le style autorégulateur. En principe, donc, un clinicien qui porterait encore quelques relents de grandiosité au sein de son rapport à son idéal du moi professionnel, mais dont la cohésion narcissique ne reposerait pas démesurément sur le travail thérapeutique, devrait être en mesure d'utiliser ses ressources réflexives de manière à réviser sa conception de la pratique et surtout ses ambitions en regard de ce qu'il devrait être en mesure d'y accomplir.

Nous avons largement insisté sur la nature réflexive des processus permettant la croissance professionnelle, mais peut-être serait-il pertinent d'inclure ici quelques mots sur la dimension relationnelle du contexte favorisant une telle accommodation. En effet, bien que l'intérêt de la présente recherche réside dans les facteurs de résilience et de développement propres au thérapeute, il importe de rappeler, concrètement, que les principales stratégies d'adaptation à la PPS sont relationnelles, ainsi qu'on l'a souligné au chapitre premier. De plus, au plan phénoménologique, les réactions de stress et l'inconfort dans la phase de réaction aiguë s'incarnaient essentiellement dans le regard de l'Autre, dans un jugement sur le self projeté par le sujet sur l'environnement, comme l'illustre la peur des représailles, des poursuites judiciaires ou disciplinaires, ou du jugement des collègues et de l'environnement professionnel quant à la compétence du clinicien. On retrouve bien sûr des manifestations de stress qui caractérisent les réactions individuelles de manière stricte, mais pour l'essentiel, il semble que l'environnement relationnel agisse véritablement comme toile de fond et comme levier susceptible d'intensifier les réactions de stress ou, au contraire, d'en faciliter la métabolisation. Nous souhaitons donc souligner par ce propos le fait que le dialogue réflexif, intime au clinicien, prend forme dans un contexte relationnel également dialogique, susceptible d'en moduler le déploiement. Le retrait, l'isolement et la solitude qui caractérisent souvent l'expérience des cliniciens dans la phase de réactions aiguës illustrent peut-être cet enjeu relationnel inhérent à la métabolisation de l'expérience de PPS, comme quoi la métabolisation prendrait appui sur la capacité du thérapeute à cultiver, du moins dans un premier temps, son processus réflexif dans le dialogue avec un interlocuteur valable. C'est vraisemblablement ce que suggèrent les études autant que les récits et témoignages sur la PPS. Cela ne signifie pas que le fait de traverser l'expérience de PPS de manière entièrement solitaire soit nécessairement signe de réaction pathologique, mais nous

pensons néanmoins que ces cas solitaires sont à surveiller étroitement. En effet, dans les cas où le bouleversement atteint un niveau significatif chez le clinicien – autrement il est question d'assimilation et non d'accommodation –, un recours pressé à des stratégies d'adaptation exclusivement solitaires pourrait, par exemple, recéler une impasse autorégulatoire où le thérapeute ne parvient (ou ne s'autorise) pas à aller puiser dans son environnement l'écho et le regard nécessaires pour s'apaiser. Bien sûr, le degré de recours aux stratégies relationnelles variera considérablement d'un individu à l'autre, mais nous pensons que cette dimension mériterait de faire l'objet d'études supplémentaires, et pourrait éventuellement être proposée comme élément incontournable d'un modèle plus global l'expérience de PPS et sa métabolisation par les cliniciens.

Cette brève parenthèse sur le contexte intersubjectif de la métabolisation de l'expérience de PPS étant close, revenons maintenant à l'angle réflexif individuel qui nous a essentiellement occupé jusqu'ici. La figure 10 tente d'illustrer le modèle proposé dans ce qui précède. Par souci de simplicité, nous nous sommes limité à l'inclusion des principales variables à l'étude dans la présente recherche, à savoir le niveau de développement professionnel et le style autorégulatoire, afin d'en démontrer une avenue possible d'interaction dans le phénomène de métabolisation de la PPS par les cliniciens. Nous souhaitons également illustrer le caractère cyclique ou itératif du processus de métabolisation de la PPS, suggérant que l'état dans lequel se trouve le self du clinicien au terme d'un cycle de métabolisation influencera largement la rencontre avec l'expérience suivante. L'objectif était donc, au-delà de l'expérience spécifique de la PPS, de maintenir un focus modérément distant qui permettrait de parler en même temps du développement professionnel de manière plus générale, comme quoi n'importe quel autre événement professionnel serait susceptible de connaître un processus semblable de métabolisation, et de constituer une opportunité de croissance. Bien sûr, les notions de grandiosité et de besoins narcissiques sont en quelque sorte plus spécifiques au phénomène de la PPS, mais nous proposons qu'il suffirait essentiellement d'ajuster les enjeux de personnalité ainsi que les sous-thèmes du développement professionnel au phénomène analysé pour que le modèle puisse être transposé à d'autres types d'expériences professionnelles.

Figure 6.1: Processus de développement professionnel des psychothérapeutes par métabolisation de l'expérience du geste suicidaire d'un patient



Le cycle de métabolisation présenté dans la figure 10 est constitué de trois étapes qui se succéderont à chaque expérience d'apprentissage professionnel : la crise, le dialogue épistémique et le processus résultant. Ainsi que le suggèrent les théories du trauma et de la CPT, l'intensité des réactions de stress suivant la crise (activité ruminatoire automatique, manifestations d'intrusion et potentiellement d'évitement) sera en partie fonction de l'écart entre les représentations au sein du self (schémas) et les constats révélés par l'événement. Dans le cas de la PPS, il s'agit de l'écart entre le degré de grandiosité de l'idéal du moi professionnel et la réalité autrement plus humble et faillible démontrée par le GSP. Le degré de maturité de l'idéal du moi professionnel est intimement lié au niveau de développement professionnel, d'où notre inclusion de cette variable comme facteur influençant directement l'intensité des réactions dans la première phase. Vient ensuite le dialogue épistémique, comme seconde phase, où la personnalité influence, par le biais de l'activité réflexive (activité ruminatoire intentionnelle), le destin épistémique de l'expérience de PPS. Cela reflète nos résultats empiriques concernant l'impact accru du style autorégulateur sur les réactions contemporaines au GSP, par opposition aux réactions aiguës au moment du geste. Ainsi qu'il fut proposé plus haut, l'activité réflexive n'interviendrait que dans les cas d'accommodation, et pas dans le phénomène d'assimilation. On peut également observer

qu'au sein de la personnalité, les composantes du style autorégulatoire et des besoins narcissiques interagissent entre elles et avec les autres variables du modèle, la première influençant l'activité réflexive, tandis que la seconde affecte la grandiosité dans le niveau de développement professionnel. Finalement, selon le chemin épistémique emprunté, la métabolisation de l'expérience se soldera par une stagnation lorsqu'il n'y aura pas eu crise de l'idéal du moi professionnel suffisante pour mobiliser les processus réflexifs ou que les défenses auront rapidement endigué les réactions de stress; par une régression professionnelle lorsque les enjeux de personnalité coloreront pathologiquement l'activité réflexive; ou par un développement lorsque le clinicien trouvera dans la PPS une opportunité de révision de son idéal du moi professionnel, et que ses processus réflexifs seront libres d'opérer normalement, sans entrave attribuable à une blessure émanant de la personnalité. On peut constater que le développement influence ensuite directement le niveau de développement professionnel, ce qui complète le cycle de métabolisation par les psychothérapeutes de l'expérience de PPS.

6.4 Implications, limites et recherches futures

Rappelons d'abord brièvement les principaux constats de la présente recherche :

- La PPS engendre des réactions émotionnelles relativement intenses sur le coup, mais pas extrêmes ou traumatiques au point d'ébranler les couches profondes de la personne et, de surcroît, généralement bien résorbées avec le temps.
- L'atteinte est essentiellement « narcissique-professionnelle », en ce qu'elle touche à la grandiosité du clinicien, au degré de maturité de son rapport avec son idéal du moi professionnel. La vivacité des réactions (aiguës et à long terme) sera donc principalement fonction du niveau de développement professionnel du clinicien, particulièrement en ce qui a trait à la maturité de ses ambitions thérapeutiques et aux idéaux professionnels auxquels il tente de se conformer.
- La personnalité du thérapeute intervient également de manière centrale, non seulement dans les réactions initiales au GSP, mais aussi dans la métabolisation à plus long terme qui sera faite de l'événement. Plus précisément, le style autorégulatoire du thérapeute semblerait avoir un impact sur la disponibilité des processus réflexifs permettant aux cliniciens de se développer professionnellement des suites de l'événement. Le style autorégulatoire est donc

intimement lié au développement professionnel en ce qu'il influence le potentiel de croissance du self professionnel dans la rencontre avec les expériences de formation. Il semble que ce soit le cas pour l'expérience spécifique de PPS, envisagée comme expérience de formation et comme opportunité de croissance, mais nous postulons que le développement professionnel de manière plus générale puisse, à certains égards, procéder d'une façon analogue.

6.4.1 Implications de l'étude

Les principales implications de cette recherche sur les psychothérapeutes sont de l'ordre de la formation. Considérant que la PPS demeure un phénomène qu'on ne peut virtuellement prévenir totalement ou éradiquer, le principal facteur de protection contre une réaction problématique semble en définitive résider, sans guère de surprise, dans la personne du thérapeute. Cette recherche présente ainsi un rappel et une illustration de la manière dont la personnalité peut teinter l'expérience professionnelle du clinicien. Par conséquent, un objectif de formation qui en découle consisterait probablement, outre une sensibilisation à l'occurrence et aux impacts du phénomène de la PPS, à cultiver chez les cliniciens la prise de conscience des processus autorégulateurs et réflexifs affectant leur pratique et leur développement professionnels. En effet, au-delà des mesures de post-vention qui seront discutées plus loin comme implications cliniques de cette recherche, nous pensons que la principale contribution de cette étude réside dans ce qu'elle martèle comme message en termes de formation préventive des cliniciens, en ce qui a trait à la culture d'une pratique professionnelle non seulement réflexive (Bennett-Levy, 2006; Morrisette, 2001; Neufeldt, 2007; Pearlman & Caringi, 2009) mais également (voire « et surtout ») bienveillante. Et comme la bienveillance envers soi-même dans la sphère professionnelle peut être envisagée comme le prolongement du style autorégulateur personnel, nos conclusions suggèrent ainsi d'inclure assez tôt dans la formation des psychothérapeutes des notions relatives à la manière dont les cliniciens prennent soin d'eux-mêmes, d'abord comme professionnels, mais aussi plus fondamentalement comme êtres humains. Un prolongement didactique de la présente étude consistera par conséquent à déterminer la forme idéale que pourront prendre les formations sur la sensibilisation au style autorégulateur et sur la culture des processus réflexifs.

Outre celles liées au style autorégulatoire, nos conclusions relativement à la grandiosité chez les cliniciens comportent également des implications pour la formation, et qui vont sensiblement dans le même sens que la culture préventive de la conscience réflexive et de la bienveillance évoquées précédemment. Alors que la majorité des recherches recensées se contentaient d'élaborer des procédures de post-vention et d'insister sur l'importance d'informer les cliniciens assez tôt sur les enjeux propres à la PPS, notre étude suggère de travailler en amont d'un tel phénomène avec les cliniciens, en invitant ceux-ci à nourrir très tôt dans leur pratique une réflexion plus large sur la responsabilité professionnelle et ses limites, sur leurs ambitions thérapeutiques et leur possible grandiosité, et sur la nature et l'état de leurs besoins narcissiques individuels et la manière dont ils se manifestent dans le travail thérapeutique. Nous postulons que cette vaste réflexion préventive constitue non seulement le meilleur rempart contre une réaction trop intense et durable des cliniciens à la PPS, mais qu'elle nourrit surtout le développement professionnel de manière plus générale en stimulant le mouvement du focus et de la posture thérapeutiques du clinicien, de sa propre performance vers l'état du client. Les thérapeutes sont ainsi protégés contre une réaction excessive à la PPS non pas parce qu'ils savent que cela demeure une éventualité, mais surtout parce qu'ils ont une conscience professionnellement intégrée de leur influence relativement limitée au final sur la vie et les actions des clients. Il est certes souhaitable d'informer les cliniciens sur le phénomène et son occurrence et de favoriser leurs réflexions sur le sujet, mais il nous paraît plus profitable encore de les éclairer sur les manifestations des besoins narcissiques à l'interface « personnel-professionnel ». Cela favorise leur compétence et leur développement de manière plus large, en stimulant le développement des facultés d'auto-supervision et en les prédisposant à assimiler constructivement des épreuves professionnelles autres que la PPS.

Cette étude comporte également quelques implications au plan clinique, i.e. dans l'optique où l'on s'intéresse à la détresse vécue par les cliniciens dans le contexte de la PPS, et que l'on se fixe pour objectif de l'atténuer. Nous avons largement insisté sur le volet préventif et sur les facteurs de protection à cultiver afin d'atténuer l'intensité des réactions initiales des cliniciens au GSP, et de favoriser leur métabolisation de l'expérience d'une manière qui aille dans le sens du développement professionnel. Maintenant, sous l'angle de la post-vention, considérant toujours que la personne du thérapeute constitue le principal facteur modulant l'intensité de la réaction et le processus de métabolisation de l'événement, nos résultats de recherche invitent à se concentrer prioritairement sur l'expérience émotionnelle des cliniciens qui traversent la PPS, en

tant qu'elle constitue le principal indicateur de difficultés potentielles au plan de l'autorégulation et de la cohésion narcissique. Nous avons vu que les réactions de stress semblaient se généraliser assez peu à la sphère comportementale, et qu'en somme la plupart des cliniciens métabolisaient assez bien l'événement pour peu qu'ils présentent une certaine maturité professionnelle (et un idéal du moi professionnel qui ne soit pas trop empreint de grandiosité) ou, à défaut de quoi, qu'ils aient un style autorégulatoire assez bienveillant pour qu'ils parviennent à demeurer suffisamment réflexifs dans le processus pour apprendre et croître à partir de l'événement, s'il y a lieu (i.e. s'il y a encore place au développement professionnel). Partant de là, l'essentiel de l'intervention post-ventive consisterait à fournir aux cliniciens les conditions nécessaires au rétablissement ou au bon déploiement de leurs processus autorégulateurs et réflexifs. C'est notamment ce que suggérerait notre revue de l'ittérature sur les stratégies d'adaptation, à la recherche des mécanismes individuels de la métabolisation constructive de l'expérience de PPS. Puis nous nuancions un peu plus haut cette conclusion, en rappelant que le dialogue réflexif intime du clinicien (celui permettant l'accommodation positive par la révision des idéaux thérapeutiques au sein du self professionnel) semblait idéalement devoir s'installer dans un cadre relationnel bienveillant. L'implication clinique de nos résultats suggérerait ainsi d'offrir en post-vention aux thérapeutes un cadre potentiellement réparateur qui leur fournirait l'espace pour ventiler et projeter en sécurité leurs cognitions et leurs affects dysrégulés, et ensuite entreprendre leur dialogue réflexif. Grad (2012) publiait récemment les lignes directrices d'un plan d'action visant à assister les intervenants cliniques advenant le suicide d'un patient. Insistant en introduction sur le fait que la nature des réactions à la PPS repose principalement sur des caractéristiques personnelles des intervenants, l'auteure postule que l'intervention post-ventive doive satisfaire à des exigences de quatre ordres : administratif, institutionnel, éducationnel et émotionnel. Sans les détailler en profondeur, soulignons que les propositions de Grad vont largement dans le sens des conclusions énoncées ici, en particulier dans l'importance accordée par l'auteure à l'expérience émotionnelle des thérapeutes, à leurs processus autorégulateurs, au thème central du lâcher-prise des cliniciens sur leur contrôle thérapeutique, et finalement aux impacts durables possibles de l'événement sur la pratique et l'identité professionnelles des cliniciens.

Sur le plan scientifique, par sa proposition et son utilisation d'un instrument mesurant le niveau de développement professionnel du psychothérapeute, cette étude nous paraît avoir des implications pour les recherches s'intéressant à la perception ou la participation du

psychothérapeute dans quelque phénomène que ce soit. En effet, en validant la notion de développement professionnel, nos résultats ajoutent vraisemblablement un axe et un niveau de complexité qui devraient impérativement être pris en compte. Le self professionnel du thérapeute apparaît comme une entité complexe, dynamique et en développement. Cela suggère notamment que les phénomènes pourront ne pas avoir la même signification pour les psychothérapeutes selon le moment où ils surviennent dans leur carrière professionnelle. Il nous semble y avoir là une implication au plan de la sélection échantillonnale pour les recherches liées aux thérapeutes de façon générale. Et évidemment, de façon plus spécifique, les recherches s'intéressant aux stagiaires sont invitées par nos résultats à envisager la notion de maturité professionnelle dans toute sa complexité, sous toutes ses dimensions, et à s'appuyer sur des critères éminemment plus nuancés que l'expérience professionnelle ou l'âge pour en juger.

6.4.2 Contributions de l'étude

En ce qui a trait à la compréhension du phénomène de l'expérience de PPS par les cliniciens, cette recherche apporte, au plan empirique, des précisions ainsi qu'une validation quantitative relativement à la nature narcissique des enjeux soulevés par la PPS chez le clinicien. Elle apporte également un appui empirique quantitatif à la conclusion généralisée – pourtant demeurée hypothétique à ce jour – à l'effet que la personnalité du thérapeute constitue le facteur central le plus influent dans la métabolisation de l'expérience de PPS.

Toujours dans l'éclairage de l'expérience de PPS, afin de rendre justice à la complexité du phénomène et surtout à la multiplicité des facteurs en résonnance dans l'impact qu'aura l'événement sur le clinicien, cette recherche replace l'événement dans un cadre développemental couvrant une pluralité de sphères de la pratique professionnelle des psychothérapeutes. Elle éclaire également la dimension longitudinale du phénomène, dont on comprend que les principaux impacts significatifs à considérer sont de l'ordre du long terme, sachant que les impacts aigus sont généralement bien résorbés en quelques semaines. Ce faisant, notre étude permet en outre d'éclairer un tantinet le processus plus général de développement professionnel des psychothérapeutes : elle propose un exemple d'interaction entre les sphères personnelle et professionnelle du fonctionnement des cliniciens, et illustre le processus de métabolisation par lequel une expérience de formation peut constituer une opportunité de croissance susceptible de bonifier le self professionnel du clinicien.

Au plan méthodologique, cette recherche propose un instrument de mesure du niveau de développement des cliniciens, élaboré à partir du modèle de Skovholt et Ronnestad (1992), induit à partir d'une recherche pionnière et s'inscrivant dans une riche tradition empirique faisant encore école aujourd'hui en matière d'exploration de la constitution et du développement du self professionnel des psychothérapeutes. Il y aura certes matière à développer des validations plus approfondies de l'instrument, mais nous voyons là un début encourageant dans l'effort d'inclure et de considérer toute la complexité du self professionnel du psychothérapeute dans sa participation aux phénomènes relatifs à la psychothérapie.

6.4.3 Limites de l'étude

Les principales limites de la présente étude sont d'ordre méthodologique. D'abord, la nature rétrospective du devis de recherche, i.e. le décalage temporel (parfois important) entre l'événement et sa mesure, engendre un certain nombre d'incertitudes et d'ambiguïtés. En effet, en ce qui concerne les réactions au GSP, on peut s'interroger à savoir si le traitement à long terme de l'expérience de PPS par les cliniciens ne vient pas teinter leur évaluation rétrospective. Dans cette optique, certaines mesures sont prises de façon contemporaine, alors que le délai écoulé depuis le GSP est parfois de plusieurs années. C'est notamment le cas du niveau de développement professionnel, qu'on ne devrait probablement considérer, par prudence, qu'à titre de conséquence du GSP, étant donné qu'on peut difficilement présumer rétrospectivement du niveau de maturité au moment du geste. Il en découle des limites conceptuelles à considérer à l'interprétation des résultats. Il faut en effet reconnaître que tous les stades développementaux ne sont pas de durée égale, et que les premiers en particulier sont relativement plus brefs que les stades avancés. Aussi nos conclusions doivent-elles être considérées avec une certaine prudence, dans la mesure où les liens qu'elles établissent entre la réaction au moment du geste et le niveau de développement professionnel, en particulier dans le cas des niveaux plus faibles de développement, ne permettent pas de départager rigoureusement à savoir si le développement professionnel résulte de l'expérience du GSP, ou s'il lui était antérieur. Ceci étant, nous avons jugé que notre délai moyen de 33 mois écoulés depuis l'événement rendait ce dernier à peu près contemporain du point de vue du développement professionnel. Un resserrement du délai comme critère d'exclusion aurait probablement permis de solidifier nos conclusions, mais le rétrécissement de la taille

échantillonnale constituait un luxe méthodologique que nous ne pouvions statistiquement guère nous permettre.

L'IDPSQ est également mesuré « actuellement » (plus précisément « dans la dernière semaine »), et constitue donc essentiellement un indicateur de l'état de bien-être ou de santé psychologique actuel du sujet. De ce point de vue, on pourrait considérer que l'intérêt de cette mesure se trouve ainsi réduit à la fonction de critère d'exclusion échantillonnale, i.e. permettant d'exclure les sujets dont le niveau de détresse psychologique serait susceptible de contaminer leurs réponses aux autres mesures, considérant que les causes possibles d'une telle détresse sont légions, et que l'IDPSQ n'est pas spécifique à un événement (le GSP, ici), comme l'est par exemple l'IES. À la différence du QDPP, l'IDPSQ cible un phénomène sujet à une grande variabilité, ce qui fait qu'il sied relativement mal aux hypothèses que nous avons construites dans un devis rétrospectif. Cela dit, il apporte tout de même notamment une forme de validation par critère intéressante au questionnaire d'introject SASB, en particulier dans les corrélations qu'il présente avec une mesure de trait comme l'affiliation au pire de soi-même.

Toujours en ce qui concerne le devis, ajoutons que le point de vue longitudinal que nous offrons sur le phénomène est à considérer avec une relative circonspection. On demande à des individus de se prononcer rétrospectivement pour deux temps de mesure : l'idée d'une diminution de l'intensité de la réponse nous paraît presque suggérée implicitement dans ce genre de consigne. Il semble donc périlleux de prétendre à la même validité de résultats que ceux d'une véritable étude longitudinale qui aurait relevé au présent, à différents moments dans le temps, une mesure des différentes variables. L'effort quantitatif est certes intéressant, mais il semble, dans ce contexte rétrospectif, qu'une richesse informative peut-être plus grande encore aurait résidé dans une investigation qualitative du chemin parcouru par les cliniciens avec le passage du temps, de ce qu'ils ont fait avec l'événement, de ce qui leur en reste et de la manière dont il a affecté leur pratique professionnelle.

Nous l'avons mentionné plus haut, la nature du devis de la présente recherche ne permet pas d'évaluer concrètement les dimensions intersubjective et relationnelle inhérentes au phénomène de PPS. Comme la mesure de la relation (WAI) est complétée rétrospectivement par les cliniciens, les résultats demeurent ancrés dans le point de vue de ces derniers sur la relation thérapeutique, ce qui nous rend impossible la tâche de démêler proprement l'intersubjectif

appartenant à la relation thérapeutique, de l'intrapsychique appartenant au thérapeute. Ce que l'on peut faire dire rétrospectivement à des questionnaires est relativement limité; il eut pratiquement fallu, dans un monde idéal, une histoire de cas détaillée pour chacune des relations thérapeutiques examinées, afin de dégager les enjeux relationnels à l'œuvre et leur influence potentielle sur l'expérience du GSP par les cliniciens.

Outre son devis, l'instrumentation de la présente recherche comporte également un certain nombre de limites. Le QRPPGSP, mesurant l'intensité des réactions des cliniciens au GSP, est une mesure *ad hoc* sans normes ou seuils cliniques formels. Cela rend très difficile la tâche de comparer autrement que de manière descriptive nos résultats avec tout le corpus de littérature sur le GSP, comme il aurait été possible de le faire avec un instrument standardisé comme l'IES, par exemple. Certains éléments d'information sont également manquants dans le QRPPGSP, et limitent les conclusions que l'on peut tirer de l'étude. Par exemple, on ne connaît pas la proportion des cas ayant connu des problèmes judiciaires ou disciplinaires suite à l'événement, et si cela a pu avoir un impact sur les réactions au GSP. Nous ne pouvons ainsi prétendre avoir évalué et contrôlé exhaustivement l'ensemble des variables susceptibles d'influencer le phénomène à l'étude; des facteurs peuvent fort bien avoir échappé à notre attention.

Toujours sous l'angle des instruments *ad hoc*, il importe de souligner l'état embryonnaire du QDPP en termes de validation. L'instrument en étant à sa première utilisation, on est en droit de se questionner quelque peu quant à sa validité, de s'interroger à savoir s'il mesure bien ce qu'il prétend. Les analyses de validité et de fidélité réalisées semblent encourageantes, mais beaucoup demeure à faire pour s'assurer de la viabilité de l'instrument. En outre, le construit global du niveau de développement professionnel semble supporté, mais hormis celle des critères de satisfaction, certaines sous-échelles du QDPP semblent donner des résultats discutablement concluants, et paraissent difficiles à interpréter indépendamment les unes des autres. Ces constatations s'expliquent possiblement, entre autres, par la formulation du modèle de Skovholt et Ronnestad (1992) retenue pour concevoir l'instrument. Afin d'utiliser des sous-échelles relativement indépendantes, il est probable que le recours à la refonte du modèle par thèmes et enjeux (Michael H. Ronnestad & Skovholt, 2003) doive être envisagé. Toujours est-il que le construit global du développement professionnel ainsi que la principale échelle nous intéressant semblent utilisables et génèrent des résultats significatifs.

Au plan conceptuel, la mesure de personnalité du SASB peut possiblement être considérée comme étant quelque peu éloignée des notions investiguées et traitées ici. En effet, considérant les conclusions que nous tirions de la littérature à l'effet que les répercussions de la PPS se manifestaient peu dans la sphère personnelle, peut-être eut-il été préférable de recourir à un instrument touchant davantage aux enjeux d'autorégulation professionnelle, mais un tel instrument n'existe malheureusement pas à notre connaissance. De même, peut-être eut-on gagné en cohérence à employer un instrument plus spécifique à la configuration narcissique de la personnalité ou aux notions de grandiosité et de perfectionnisme, mais il ne nous a pas semblé pertinent d'alourdir les questionnaires en ajoutant un instrument clinique alors que nos questions de recherche n'étaient pas de cet ordre de spécificité. Cela dit, il pourrait être intéressant de corréler les traits de personnalité narcissique chez les cliniciens avec leurs réactions à un stress professionnel comme la PPS, mais notre recherche n'allait pas jusque là. Et par ailleurs, l'introject tel que mesuré par le SASB demeure une mesure très robuste et pertinente du style autorégulatoire.

Finalement, cette recherche comportait probablement quelques limites en ce qui a trait à son interprétation. En effet, nous nous permettons de supposer qu'il y ait une limite quant à la généralisabilité des conclusions de notre étude au-delà du contexte spécifique de la PPS. Bien qu'elle nous semble avoir permis d'illustrer fort adéquatement le processus de croissance professionnelle post-adversité, force est de reconnaître que la PPS demeure un incident professionnel unique en son genre, et qui comporte des impacts d'une nature et d'une intensité ne se comparant à aucune autre épreuve susceptible d'être rencontrée dans la carrière d'un psychothérapeute. Aussi, les enjeux de style autorégulatoire et de grandiosité risquent-ils d'être un peu moins manifestes lors d'autres événements, malgré qu'ils constituent des paramètres fondamentaux et incontournables du self professionnel du clinicien et son développement.

6.4.4 Pistes de recherche futures

On l'a vu, cette recherche tend à confirmer que les principaux impacts de la PPS, que ce soit en termes de croissance professionnelle ou d'assimilation plus défensive, s'expriment surtout à long terme. Il nous semble donc que la suite logique au plan empirique consisterait à explorer plus en profondeur le traitement réservé à long terme par les cliniciens à l'expérience de PPS,

s'intéresser qualitativement aux impacts sur l'identité et le développement professionnels des cliniciens, sachant que c'est là que se joue l'essence du phénomène. Des entrevues avec des thérapeutes devraient être réalisées afin d'investiguer spécifiquement la nature des transactions épistémiques effectuées par les cliniciens avec l'événement, et le degré de métabolisation (ou « d'assimilation », selon les termes de Stiles *et al.*, 1990) de l'expérience. Et enfin, beaucoup de recherche demeure évidemment à faire en vue d'élucider la structure et le développement du self professionnel du psychothérapeute, de manière à en formuler un modèle opérationnalisable pour fins scientifiques. En outre, la notion d'idéal du moi professionnel telle que nous l'inscrivons dans le cadre du développement professionnel nous semble prometteuse et mériter d'être élaborée et éprouvée davantage.

CONCLUSION

Si le mythe ancien de la crise comme opportunité de croissance peut sembler être devenu l'apanage des sciences économiques à en croire les médias actuels, on continue d'en observer sans cesse les manifestations dans le domaine de la santé mentale et du développement humain. Il invite les cliniciens à donner un sens transcendant à la maladie et au symptôme au-delà du simple rétablissement, et permet aux théoriciens du développement d'éclairer la dynamique des bouleversements transitoires jalonnant l'évolution ou la stagnation structurale des êtres.

Dans leur article d'introduction pour un numéro spécial de revue sur les « incidents critiques » dans le développement professionnel des psychothérapeutes, Skovholt et McCarthy (1988) citent brièvement leurs propres exemples de « points tournants de carrière ». McCarthy évoque la relation soutenance qu'elle a eue avec une figure mentorale dont le regard fut bénéfique pour son sentiment de compétence. Pour sa part, le témoignage de Skovholt relate la perte d'un patient par suicide, et surtout la manière dont la métabolisation de cette expérience fut en quelque sorte fondatrice pour le thérapeute en développement qu'il était, lui permettant d'éprouver douloureusement la complexité émotionnelle du métier de psychothérapeute, et d'apprendre expérimentalement le processus par lequel on survit aux épreuves pour croître.

C'est essentiellement dans cet esprit que fut réalisée la présente étude : les incidents critiques font partie intégrante du développement professionnel des psychothérapeutes; certains d'entre eux sont en quelque sorte un mal nécessaire, et la PPS constitue un exemple particulièrement tragique de phénomène qu'on ne pourra probablement jamais éradiquer complètement. Devant un tel incident regrettable et qui n'est certes pas essentiel au développement professionnel, mais dont la prévalence et les impacts sont suffisamment significatifs pour mériter que l'on s'y intéresse sérieusement, la logique ordonne d'interroger les facteurs permettant aux thérapeutes d'en retirer un maximum de « bénéfices » plutôt qu'un stress aigu, délétère pour leur potentiel de développement professionnel.

La présente recherche avait pour objectif d'examiner l'implication d'une variable de personnalité (style autorégulateur) et du niveau de développement professionnel des cliniciens dans leurs réactions au GSP, et dans l'assimilation qu'ils feront de l'événement à plus long terme, qu'elle se solde par une croissance ou par une stagnation professionnelle. Il s'agissait en somme

de vérifier empiriquement et de manière quantitative le constat récurrent selon lequel la personnalité constitue en définitive le principal déterminant de la métabolisation de l'expérience du GSP par les thérapeutes, et de mettre en lumière certains mécanismes impliqués dans ce processus, en particulier le deuil de la grandiosité thérapeutique comme avenue de croissance professionnelle. L'impact d'autres facteurs liés au contexte et à la personne du thérapeute fut également investigué, de même que les liens entre le style autorégulateur et le niveau de développement professionnel.

Circonscrivant d'abord l'expérience de PPS et ses impacts chez les thérapeutes par le biais d'une recension d'écrits empiriques et théorico-cliniques, nous avons mis en lumière la nature « narcissique professionnelle » de la blessure engendrée par la PPS chez les cliniciens. Nous avons souligné le fait que cette atteinte touche en particulier l'idéal du moi professionnel, des ambitions thérapeutiques et émane d'une certaine grandiosité chez le clinicien. Tous les thérapeutes peuvent en principe porter des ambitions thérapeutiques grandioses, mais cela s'avère particulièrement vrai chez des cliniciens présentant un faible niveau de développement professionnel, sachant que le deuil de la grandiosité et la tempérance des idéaux thérapeutiques constituent un axe central du développement professionnel des psychothérapeutes.

Nous avons également fait ressortir le fait que la PPS ne représentait, à toutes fins pratiques, jamais un traumatisme profond pour les psychothérapeutes la subissant, au sens où l'événement ne semblait pas ébranler les couches personnelles profondes des personnes, et que ses répercussions demeuraient majoritairement circonscrites dans la sphère professionnelle. De surcroît, nous avons mis en relief le constat récurrent selon lequel une forme de croissance professionnelle pouvait résulter de la métabolisation fructueuse d'une telle expérience par les thérapeutes. C'est dire qu'à long terme, l'événement pouvait entraîner les thérapeutes dans un mouvement de révision à la baisse de leurs idéaux professionnels. C'est notamment ce qui nous a permis de dégager deux conclusions importantes : d'une part la nécessité de considérer la dimension longitudinale dans toute investigation du phénomène de la PPS, et d'autre part la centralité de la personnalité du thérapeute comme facteur déterminant pour la capacité de celui-ci à métaboliser et croître à travers cette épreuve professionnelle.

Les impacts du style autorégulateur (variable de personnalité) et du niveau de développement professionnel (en particulier la grandiosité des ambitions thérapeutiques) sur les

réactions aiguës et à plus long terme au GSP furent ainsi mesurés. Il est apparu que le facteur le plus intimement lié à l'intensité des réactions au GSP était le niveau de développement professionnel des thérapeutes, en particulier le degré de maturité des critères d'efficacité thérapeutique. En partie parce que leur notion de responsabilité professionnelle est susceptible d'être passablement grandiose ou démesurément ambitieuse, les thérapeutes présentant un niveau de développement professionnel plus faible tendaient ainsi à réagir plus intensément au moment du GSP, et à en conserver des traces plus vives avec le passage du temps. Pour sa part, la personnalité du thérapeute intervenait moins dans l'intensité de la réaction initiale (surtout fonction du niveau de maturité professionnelle), que dans la métabolisation qui était faite à plus long terme de l'événement. Le style autorégulateur semblait en effet intervenir dans le destin épistémique de l'expérience; les thérapeutes plus bienveillants envers eux-mêmes connaissaient avec le temps un plus grand apaisement de leurs réactions à la PPS, signe qu'ils pourraient avoir été en mesure de métaboliser l'incident critique d'une manière peut-être plus constructive.

Ces résultats nous ont permis de proposer un modèle de la « croissance professionnelle post-adversité » appliqué au contexte de la PPS, et intégrant des éléments des théories de la CPT et du modèle de développement professionnel des psychothérapeutes de Skovholt et Ronnestad (2003; 1992). Le modèle suggérerait une avenue explicative pour l'implication dynamique du niveau de développement professionnel et du style autorégulateur dans la métabolisation de l'expérience de PPS et ses impacts sur le développement professionnel en termes de stagnation ou de croissance.

D'autres recherches demeurerait à faire pour éclaircir et élaborer le sens d'une métabolisation constructive de la PPS en termes de développement professionnel, et pour voir si le modèle ne pourrait pas s'appliquer éventuellement à d'autres incidents professionnels critiques, impliquant par exemple d'autres enjeux ou structures que l'idéal du moi professionnel.

En conclusion, considérant la centralité de la variable du thérapeute dans l'efficacité de la psychothérapie, cette recherche nous semble rappeler la nécessité de se sensibiliser aux écueils d'une culture scientiste d'efficacité et de rendement en psychothérapie, qui contribuerait à entretenir la quête d'un traitement systématisé et manualisable, occultant ce faisant l'immense variabilité inhérente à la psychothérapie et le fait qu'elle est largement tributaires des artisans qui la pratiquent. Elle invite à chercher les facteurs de résilience et de protection chez le clinicien

plutôt que dans son environnement, à l'extérieur de lui, et à ramener le focus sur la promotion d'une culture d'hygiène de vie et de travail des intervenants plutôt que d'entretenir insidieusement le mythe d'une certaine toute-puissance thérapeutique selon lequel les épreuves pourraient être évitées. Concrètement, cette recherche enjoint les cliniciens à accorder une place plus grande et explicite aux enjeux d'idéal du moi professionnel et aux ambitions thérapeutiques, et à cultiver le développement d'une posture d'humilité, sachant que les épreuves et échecs sont inévitables. Elle rappelle finalement la crucialité de favoriser la prise de conscience et l'appropriation par les thérapeutes de leur histoire développementale, de leurs modes d'autorégulation individuels et relationnels, et du bagage qu'ils portent et mettent continuellement en jeu dans l'espace thérapeutique.

ANNEXE A

LETTRE DE RECRUTEMENT (VERSION STAGIAIRES, JUIN 2007)

PARTICIPANTS RECHERCHÉS**Pour une étude sur l'autorégulation des cliniciens**

Madame, Monsieur,

Les chercheurs-cliniciens Monique Séguin (de l'Université du Québec en Outaouais) et Marc-Simon Drouin (de l'Université du Québec à Montréal) mènent actuellement une recherche portant sur les conséquences du geste suicidaire d'un patient sur les pratiques professionnelles. Plus spécifiquement, au-delà de la détresse psychologique impliquée, l'étude s'intéresse aux différents processus d'autorégulation mis en œuvre par les intervenants pratiquant la psychothérapie, lorsqu'ils sont confrontés à un stress professionnel majeur comme celui-ci, et comment un tel événement peut s'inscrire dans le contexte du développement de la pratique et de l'identité professionnelles de l'intervenant. À cet effet, les stagiaires et internes en psychologie, dans leur pratique professionnelle en déploiement, constituent des candidats hautement susceptibles d'être fortement affectés par la survenue d'un tel événement. Cette étude offre ainsi aux internes en psychologie une opportunité unique d'alimenter leur processus de réflexion sur leur pratique et sur les événements cliniques qui sont susceptibles de l'influencer.

Nous souhaitons donc solliciter la participation de stagiaires ou d'internes en psychologie dont un patient ou un client serait décédé par suicide ou aurait fait une tentative de suicide nécessitant une hospitalisation. Le geste suicidaire devra être survenu au cours des cinq dernières années.

Si vous êtes intéressé à participer à cette étude (consistant en quelques questionnaires à remplir) ou si vous avez des questions supplémentaires, veuillez communiquer avec M. Vincent Bordeleau par téléphone au (514) 592-7646, ou par courrier électronique à bordeleau.vincent@courrier.uqam.ca.

Dr. Monique Séguin (UQO) et Dr. Marc-Simon Drouin (UQAM)

ANNEXE B

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ET APPROBATIONS DU COMITE D'ETHIQUE
EN RECHERCHE



Département de psychoéducation et de psychologie
Case postale 1250, succursale B
Hull, (Québec)
J8X 3X7



Département de psychologie
Case postale 8888, succursale Centre-ville
Montréal, (Québec)
H3C 3P8

Équipe de recherche :

Pr. Monique Séguin, Ph.D., Département de psychoéducation et de psychologie, Université du Québec en Outaouais.

Pr. Marc-Simon Drouin, Ph.D., Département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Vincent Bordeleau, M.Ps., psychologue et candidat au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.

Sarah-Jane Parent, candidate au doctorat en psychologie, Université du Québec à Montréal.

Sophie Cabot, B. Psc., coordonnatrice de recherche, Groupe McGill d'Études sur le Suicide.

Formulaire de consentement

1. Titre de l'étude

Conséquences du suicide ou des conduites suicidaires d'un patient sur les pratiques professionnelles.

2. Nom des chercheurs

Cette étude est sous la responsabilité de Monique Séguin Ph.D., chercheur principal travaillant à l'Université du Québec en Outaouais et au Groupe McGill d'études sur le suicide et de Marc-Simon Drouin Ph.D., co-chercheur principal travaillant à l'Université du Québec à Montréal.

3. Subvention du projet

Le projet est financé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH).

4. Description du projet

Cette étude permettra de mieux comprendre l'impact du décès par suicide d'un patient ou d'un client et des tentatives de suicide de patients ou de clients chez les professionnels en santé mentale au Québec. De façon plus spécifique, elle vise à cerner les répercussions de ces événements sur leurs pratiques professionnelles ultérieures auprès des patients / clients.

5. Déroulement du projet

Votre participation à l'étude consistera à répondre à une série de questionnaires auto-administrés (auxquels vous répondrez par vous-même), d'une durée d'environ une heure, que vous retournerez par la poste ou par courriel.

6. Avantages et bénéfices

Nous croyons que cette étude québécoise contribuera à l'amélioration des connaissances concernant l'impact chez les professionnels du suicide complété et des tentatives de suicide de patients / clients. Cette compréhension pourrait par le fait même guider les pratiques à mettre en place suite à ces événements.

7. Inconvénients et risques

Bien que cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé et sécurité, un malaise relié au rappel d'événements difficiles pourrait survenir chez certains participants. Soyez assuré que des références vous seront fournies si vous en manifestiez le besoin tout au long de l'étude.

8. Confidentialité

Toutes les données recueillies et diffusées seront traitées de façon non nominale, c'est-à-dire codées, afin d'assurer la confidentialité. Seuls les chercheurs responsables et la coordonnatrice du projet auront accès aux informations nominales, qui seront gardées sous clef. Les résultats d'investigations seront conservés dans le dossier de recherche pendant une durée de 5 ans après la fin de la recherche, puis détruits.

9. Communication des résultats

Les résultats personnels des investigations ne seront pas communiqués. Cependant, les résultats globaux et finaux de l'étude pourront être envoyés aux participants sur demande.

10. Liberté de participation

Votre participation est libre et volontaire. Vous pouvez vous retirer en tout temps de l'étude et ce, sans préjudice. En signant ce formulaire de consentement, vous ne renoncez à aucun de vos droits prévus par la loi.

11. Indemnité

Aucune indemnité monétaire n'est donnée dans ce projet.

12. Personne-ressource

Ce projet de recherche a été approuvé au plan éthique par le Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais. Pour joindre le président du comité d'éthique de la recherche,

Pr André Durivage, (819) 595-3900 poste 1781.

13. Consentement et assentiment

On m'a expliqué la nature et le déroulement du projet de recherche. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et on m'en a remis un exemplaire. J'ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles on a répondu. Après réflexion, j'accepte de participer à ce projet de recherche.

Nom du participant, en lettres détachées

Signature du participant

Date

Nous vous rappelons que ce formulaire vous est transmis en deux exemplaires à signer, dont l'un doit nous être retourné par fax ou par la poste, et l'autre vous est laissé pour vos dossiers.

14. Formule d'engagement du chercheur

Le projet de recherche a été décrit au participant ainsi que les modalités de sa participation. Un membre de l'équipe de recherche s'est rendu disponible pour répondre aux questions du participant et lui rappeler que sa participation est libre et volontaire.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu dans le formulaire de consentement.

Signature du chercheur ou de son représentant

Date



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale Hull, Gatineau (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone : (819) 595-3900
www.uqo.ca

Gatineau, le 5 septembre 2008

Notre référence : 516

Madame Monique Séguin
Professeure
Département de psychoéducation et de psychologie

OBJET : **Comité d'éthique de la recherche – Rapport final**
 Conséquences du suicide d'un patient sur la pratique professionnelle.

Source de financement : CRSH

Madame,

Par la présente, le Comité d'éthique de la recherche (CÉR) désire donner suite à la réception de votre rapport final dans la recherche mentionnée en rubrique et nous désirons vous en remercier. Le Comité est heureux de constater que votre recherche s'est bien déroulée et que vous n'avez pas éprouvé de difficultés lors de votre recrutement, collecte de données ou analyses.

Je désire profiter de cette occasion pour vous remercier du souci que vous avez manifesté à tenir le Comité informé du cheminement de votre projet de recherche.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le président du Comité d'éthique de la recherche

pour: **André Durivage**
 Professeur
 Département des sciences administratives

ANNEXE C

TABLEAUX DES THÈMES ET DES FACTEURS MODULATEURS DU
DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL D'APRÈS SKOVHOLT & RONNESTAD (1992),
DANS LEUR LANGUE ORIGINALE ANGLAISE

Regroupement des 14 thèmes de Ronnestad et Skovholt (2003; par Goodyear *et al.*, 2003)

Thème 1:	Professional Development Involves an Increasing Higher Order Integration of the Professional Self and the Personal Self
Thème 3.	Continuous Reflection Is a Prerequisite for Optimal Learning and Professional Development at All Levels of Experience
Thème 2.	The Focus of Functioning Shifts Dramatically Over Time. From Internal to External to Internal
Thème 5.	The Cognitive Map Changes: Beginning Practitioners Rely on External Expertise, Seasoned Practitioners Rely on Internal Expertise
Thème 9.	Clients Serve as a Major Source of Influence and Serve as Primary Teachers
Thème 10.	Personal Life Influences Professional Functioning and Development Throughout the Professional Life Span
Thème 11.	Interpersonal Sources of Influence Propel Professional Development More Than 'Impersonal' Sources of Influence
Thème 4.	An Intense Commitment to Learn Propels the Developmental Process
Thème 6.	Professional Development Is a Long, Slow, Continuous Process That Can Also Be Erratic
Thème 7.	Professional Development Is a Life-Long Process
Thème 8.	Many Beginning Practitioners Experience Much Anxiety in Their Professional Work. Over Time, Anxiety Is Mastered by Most
Thème 12.	New Members of the Field View Professional Elders and Graduate Training with Strong Affective Reactions
Thème 13.	Extensive Experience with Suffering Contributes to Heightened Recognition, Acceptance and Appreciation of Human Variability
Thème 14.	For the Practitioner There Is a Realignment from Self as Hero to Client as Hero

Facteurs individuels modulant le développement professionnel

Functionnal intensity of motives to enter and stay in the profession
Occupational countertransference
Excessive self-healing focus
Internalization
Awareness of a developmental metagoal

Attitude towards complexity/challenge
Ability to tolerate and modulate negative affect

ANNEXE D

MATRICE DES CORRELATIONS

Tableau des corrélations

	Expérience	Délai	IDPSQ	DPGlob al	DP Tach e	DPEmo	DPInfl	DPSatis	RxGSP	RxGSP_b	Aff_Meill eur	Aut_Meill eur	Aff_Pire	Aut_Pire	WAI_Tot al	WAI_Lien	WAI_Tâc hes	WAI_Buts
Âge	0,713(***)	0,191	-0,026	0,069	-0,045	0,199	0,216	0,143	-0,181	-0,050	-0,019	0,230	0,045	0,252	0,151	0,142	0,050	0,230
Expérience	1,000	0,061	-0,325	0,135	0,016	0,270	0,327	0,366(*)	-0,110	-0,252	0,181	0,296	0,180	0,332(*)	0,204	0,138	0,148	0,272
Délai		1,000	0,239	-0,044	-0,133	-0,242	0,061	-0,202	-0,040	0,025	-0,136	-0,136	-0,023	-0,221	-0,249	-0,147	-0,198	-0,331
IDPSQ			1,000	-0,225	-0,218	-0,281	-0,351(*)	-0,242	0,093	0,473(**)	-0,349(*)	-0,421(*)	-0,537(***)	-0,344(*)	-0,230	-0,108	-0,174	-0,342
DPGlobal				1,000	0,208	0,366(*)	0,191	0,526(***)	-0,492(**)	-0,580(***)	0,192	0,170	0,436(**)	0,328	0,091	0,037	0,098	0,109
DP Tache					1,000	-0,006	-0,045	0,104	0,001	-0,127	0,063	0,216	0,345	0,116	-0,128	-0,188	-0,112	-0,058
DPEmo						1,000	0,194	0,526(***)	-0,114	-0,220	0,120	0,161	0,141	0,414(*)	0,242	0,103	0,229	0,318
DPInfl							1,000	0,370(*)	-0,257	-0,504(**)	0,222	0,168	0,221	0,178	0,015	-0,017	-0,104	0,170
DPSatis								1,000	-0,328	-0,345(*)	0,198	0,291	0,378(*)	0,415(*)	0,263	0,175	0,211	0,330
RxGSP									1,000	0,702(***)	-0,258	0,108	-0,351(*)	0,132	0,032	0,061	0,111	-0,090
RxGSP_b										1,000	-0,293	-0,015	-0,445(**)	-0,093	-0,032	0,030	-0,008	-0,105
Aff_Meilleur											1,000	0,454(**)	0,542(***)	0,198	0,108	0,057	0,105	0,130
Aut_Meilleur												1,000	0,392(*)	0,569(***)	0,392(*)	0,398(*)	0,314	0,370
Aff_Pire													1,000	0,370(*)	0,035	0,052	-0,050	0,103
Aut_Pire														1,000	0,299	0,327	0,263	0,235
WAI Total															1,000	0,914(***)	0,936(***)	0,887(***)
WAI_Lien																1,000	0,822(***)	0,699(***)
WAI_Tâche s																	1,000	0,727(***)

***. Correlation is significant at the 00,001 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 00,01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 00,05 level (2-tailed).

RÉFÉRENCES

- Aldwin, Carolyn M., & Levenson, Michael R. (2004). Posttraumatic Growth: A Developmental Perspective. *Psychological Inquiry*, 19-22.
- Alexander, D.A., Klein, S., Gray, N.M., Dewar, I.G., & Eagles, J.M. (2000). Suicide by patients: questionnaire study of its effects on consultant psychiatrists. *British Medical Journal*, 320, 1521-1574.
- Alston, Maude H., & Robinson, Beverly H. (1992). Nurses' attitudes toward suicide. *Omega: Journal of Death and Dying*, 25(3), 205-215.
- American Association of Suicidology. (1997, 28 feb 2012). Clinician Survivor Task Force. *Clinicians as Survivors: After a Suicide Loss*. from http://mypage.iu.edu/~jmcintos/therapists_mainpg.htm
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*. Washington, DC, US: American Psychiatric Association.
- Anderson, Ellen J. (1999). *The personal and professional impact of client suicide on Master's level therapists*. (Ph.D. Dissertation), University of Toledo.
- Anderson, Gail O. (2005). Who, What, When, Where, How, and Mostly Why? A Therapist's Grief over the Suicide of a Client. *Women & Therapy*, 28(1), 25-34.
- Anonymus. (2007). The impact that changed my life. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 561-570.
- Arkowitz, Sydney W. (1990). Perfectionism in the supervisee. *Psychoanalysis & Psychotherapy. Special Issue: The supervision of the psychoanalytic process*, 8(1), 51-68.
- Arkowitz, Sydney W. (1995). Mediating the Struggle of Perfectionism: A Developmental Challenge in Supervision. *Psychotherapy in Private Practice*, 13(2), 77 - 92.
- Arnold, Debora, Calhoun, Lawrence G., Tedeschi, Richard G., & Cann, Arnie. (2005). Vicarious Posttraumatic Growth in Psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 45(2), 239-263.
- Association des Psychologues du Québec. (2006). *Pratique privée*. Retrieved june, 2010, from <http://www.apqc.ca/PFMTPratPrivee.aspx>
- Auerbach, John S., & Blatt, Sidney J. (2002). The concept of mind: A developmental analysis. In R. Lasky (Ed.), *Symbolization and desymbolization: Essays in honor of Norbert Freedman* (pp. 75-117). New York, NY, US: Other Press.
- Aveline, Mark. (2005). The Person of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155 - 164.
- Baldwin, Michèle (Ed.). (2000). *The use of self in therapy* (2nd ed.). Binghamton, NY, US: The Haworth Press.

- Ballard, Elizabeth D., Pao, Maryland, Horowitz, Lisa, Lee, Laura M., Henderson, David K., & Rosenstein, Donald L. (2008). Aftermath of suicide in the hospital: Institutional response. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 49(6), 461-469.
- Balon, Richard. (2007). Encountering patient suicide: The need for guidelines. *Academic Psychiatry*, 31(5), 336-337.
- Barrett, Terence W., & Scott, Thomas B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(2), 201-215.
- Bartels, Stephen J. (1987). The aftermath of suicide on the psychiatric inpatient unit. *General Hospital Psychiatry*, 9(3), 189-197.
- Beaulieu, Catherine. (2001). *Psychologue: une profession ingrate?* Retrieved June 8, 2010, from http://www.spg.qc.ca/psyfute/demarrage/etude_beaulieu.pdf
- Benjamin, Lorna S. (1974). Structural analysis of social behavior. *Psychological Review*, 81(5), 392-425.
- Benjamin, Lorna Smith. (1984). Principles of prediction using Structural Analysis of Social Behavior (SASB). In R. A. Zucker, J. Aronoff & A. J. Rabin (Eds.), *Personality and the prediction of behavior* (pp. 121-173). New York: Academic Press.
- Benjamin, Lorna Smith. (1995/2006). *Questionnaire d'introject SASB / Intrex* (V. Bordeleau & M.-S. Drouin, Trans.). Salt Lake City, UT: University of Utah.
- Benjamin, Lorna Smith. (1996). A clinician-friendly version of the Interpersonal Circumplex: Structural Analysis of Social Behavior (SASB). *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 248-266.
- Benjamin, Lorna Smith. (2000). *SASB Intrex manual*. Salt Lake City: University of Utah/Intrex.
- Benjamin, Lorna Smith. (2011). Structural analysis of social behavior (SASB): Studying the nature of nature. In L. M. Horowitz & S. Strack (Eds.), *Handbook of interpersonal psychology: Theory, research, assessment, and therapeutic interventions*. (pp. 325-342). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Bennett-Levy, James. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 57-78.
- Beutler, Larry E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.
- Biermann, Bernard. (2003). When depression becomes terminal: The impact of patient suicide during residency. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 31(3), 443-457.
- Binder, Jeffrey L. (1999). Issues in teaching and learning time-limited psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 19(6), 705-719.

- Bonanno, George A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Bonanno, George A., Field, Nigel P., Kovacevic, Azemina, & Kaltman, Stacey. (2002). Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(2), 184-196.
- Bordeleau, Vincent, Drouin, Marc-Simon, & Séguin, Monique. (2006). *Questionnaire sur le développement professionnel du psychothérapeute (QDPP)*. Manuscript. Université du Québec à Montréal, PQ, Canada.
- Borders, L. DiAnne. (1989). Developmental cognitions of first practicum supervisees. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 163-169.
- Borders, L. DiAnne. (1990). Developmental changes during supervisees' first practicum. *The Clinical Supervisor*, 8(2), 157-167.
- Borders, L. DiAnne. (1998). Ego development and counselor development *Personality development: Theoretical, empirical, and clinical investigations of Loevinger's conception of ego development*. (pp. 331-343): Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Borders, L. DiAnne, & Archadel, Kathleen A. (1987). Self-beliefs and career counseling. *Journal of Career Development*, 14(2), 69-79.
- Borders, L. DiAnne, & Fong, Margaret L. (1989). Ego development and counseling ability during training. *Counselor Education and Supervision*, 29(2), 71-83.
- Borders, L. DiAnne, Fong, Margaret L., & Neimeyer, Greg J. (1986). Counseling students' level of ego development and perceptions of clients. *Counselor Education and Supervision*, 26(1), 36-49.
- Bordin, Edward S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bordin, Edward S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Borgen, Fred H., & Barnett, David C. (1987). Applying cluster analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34(4), 456-468.
- Bourassa, Julie, Chênevert, Sylvie, Gagnon, L., & Trahan, L. (2000). Les conditions de travail des psychologues: portrait d'une profession. *Psychologie Québec*, 17(2), 25-26.
- Brady, Joan Laidig, Guy, James D., Poelstra, Paul L., & Brokaw, Beth Fletcher. (1999). Vicarious traumatization, spirituality, and the treatment of sexual abuse survivors: A national survey of women psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(4), 386-393.

- Brems, Christiane, & Johnson, Mark E. (2009). Self-care in the context of threats of violence or self-harm from clients. In J. L. Werth, Jr., E. R. Welfel, G. Benjamin & H. Andrew (Eds.), *The duty to protect: Ethical, legal, and professional considerations for mental health professionals* (pp. 211-227). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Brightman, Baird K. (1984). Narcissistic issues in the training experience of the psychotherapist. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 293-317.
- Brown, Herbert N. (1987a). The impact of suicide on therapists in training. *Comprehensive Psychiatry*, 28(2), 101-112.
- Brown, Herbert N. (1987b). Patient suicide during residency training: I. Incidence, implications, and program response. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4), 201-216.
- Brown, Herbert N. (1989). Patient suicide and therapists in training. In D. Jacobs & H. N. Brown (Eds.), *Suicide: Understanding and responding* (pp. 415-434). Madison, CT, US: International Universities Press, Inc.
- Bruck, Elena, Winston, Arnold, Aderholt, Sarah, & Muran, J. Christopher. (2006). Predictive Validity of Patient and Therapist Attachment and Introject Styles. *American Journal of Psychotherapy*, 60(4), 393-406.
- Cabot, Sophie, Drouin, Marc-Simon, & Séguin, Monique. (2006). *Questionnaire sociodémographique pour l'étude "Conséquences du geste suicidaire d'un patient sur les pratiques professionnelles"*. from *Conséquences du geste suicidaire d'un patient sur les pratiques professionnelles*. Université du Québec à Montréal, PQ, Canada.
- Calhoun, Lawrence G., & Tedeschi, Richard G. (1998). Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. *Journal of Social Issues. Special Issue: Thriving: Broadening the paradigm beyond illness to health*, 54(2), 357-371.
- Calhoun, Lawrence G., & Tedeschi, Richard G. (Eds.). (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Callahan, Jennifer L., & Dittloff, Mark. (2007). Through a glass darkly: Reflections on therapist transformations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 547-553.
- Chapin, J., & Ellis, Michael V. (2002, 0.). *Effects of role induction workshops on supervisee anxiety*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Chicago.
- Chassay, Susanne. (2006). Death in the afternoon. *The International Journal of Psychoanalysis*, 87(1), 203-217.
- Chemtob, Claude M., Bauer, Gordon B., Hamada, Roger S., Pelowski, Susan R., & Muraoka, Miles Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294-300.

- Chemtob, Claude M., Hamada, Roger S., Bauer, Gordon, Kinney, Barry, & et al. (1988). Patients' suicides: Frequency and impact on psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 145(2), 224-228.
- Chemtob, Claude M., Hamada, Roger S., Bauer, Gordon, Torigoe, Rodney Y., & Kinney, Barry. (1988). Patient suicide: Frequency and impact on psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 416-420.
- Cherniss, Cary. (1980). *Professional burnout in human service organisations*. New York: Praeger.
- Clance, Pauline R., & Imes, Suzanne A. (1978). The imposter phenomenon in high achieving women: Dynamics and therapeutic intervention. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 15(3), 241-247.
- Clarke, Mary M. (2007). *Private practice psychologists' use of peer supervision groups and experiences of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction*. (Ph.D. Dissertation), Loyola University Chicago, Chicago, IL.
- Cleiren, Marc, Diekstra, René F., Kerkhof, Ad J., & Van Der Wal, Jan. (1994). Mode of death and kinship in bereavement: Focusing on "who" rather than "how.". *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 15(1), 22-36.
- Cobb, Steven Michael. (1988). Understanding Psychodynamic Concepts Through Personal Trauma. *Journal of Counseling & Development*, 67(2), 126.
- Conard, Maureen A., & Matthews, Russell A. (2008). Modeling the stress process: Personality eclipses dysfunctional cognitions and workload in predicting stress. *Personality and Individual Differences*, 44(1), 171-181.
- Cooper, Arnold M. (1986). Some limitations on therapeutic effectiveness: The "burnout syndrome" in psychoanalysts. *The Psychoanalytic Quarterly*, 55(4), 576-598.
- Cotton, Paul G., Drake, Robert E., Whitaker, Anne, & Potter, Jenny. (1983). Dealing with suicide on a psychiatric inpatient unit. *Hospital & Community Psychiatry*, 34(1), 55-58.
- Courtenay, Kenneth P., & Stephens, John P. (2001). The experience of patient suicide among trainees in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 25(2), 51-52.
- Coverdale, John H., Roberts, Laura Weiss, & Louie, Alan K. (2007). Encountering patient suicide: Emotional responses, ethics, and implications for training programs. *Academic Psychiatry*, 31(5), 329-332.
- Cozolino, Louis. (2004). *The making of a therapist: A practical guide for the inner journey*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Cristy, Barbara L. E. (2001). Wounded healer: The impact of a therapist's illness on the therapeutic situation. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 29(1), 33-42.

- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 542-548.
- Cryan, Elizabeth M. J., Kelly, Paul, & McCaffrey, Brian. (1995). The experience of patient suicide among Irish psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 19(1), 4-7.
- D'Amours, Line, & Kiely, Margaret C. (1985). Le processus de deuil après un suicide: essai de conceptualisation. *Revue Québécoise de Psychologie*, 6(3), 105-117.
- Darden, Allison. (2008). *Complicated grief as it relates to client suicide: A qualitative study of clinical psychologists*. (Psy.D. Dissertation), University of the Rockies, Colorado Springs.
- Davis, Christopher G., & McKearney, Jolene M. (2003). How do People Grow from Their Experience with Trauma or Loss? *Journal of Social & Clinical Psychology*, 22(5), 477-492.
- Declercq, Frédéric, & Willemsen, Jochem. (2006). Distress and Post-Traumatic Stress Disorders in High Risk Professionals: Adult Attachment Style and the Dimensions of Anxiety and Avoidance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 256-263.
- Dennhag, Inga, & Armelius, Bengt-Åke. (2012). Baseline training in cognitive and psychodynamic psychotherapy during a psychologist training program. Exploring client outcomes in therapies of one or two semesters. *Psychotherapy Research*, 22(5), 515-526. doi: 10.1080/10503307.2012.677332
- Deutsch, Connie Jean. (1983). *Self-reported stress sources and personal problems among psychotherapists*. (Ph.D. Dissertation), Iowa State University, Ames, IA, USA.
- Dewar, Ian G., Eagles, John M., Klein, Susan, Gray, Nicola, & Alexander, David A. (2000). Psychiatric trainees' experiences of, and reactions to, patient suicide. *Psychiatric Bulletin*, 24(1), 20-23.
- Dieperink, Michael, Leskela, Jennie, Thuras, Paul, & Engdahl, Brian. (2001). Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 374-378.
- Doka, K.J. (2003). Gender. In R. Kastenbaum (Ed.), *Macmillan Encyclopedia of Death and Dying*. Chicago (IL): Macmillan Library Reference.
- Dunkle, John H., & Friedlander, Myrna L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460.
- Dyregrov, Kari, & Dyregrov, Atle. (2005). Siblings after suicide--"The forgotten bereaved". *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 714-724.
- Eckler-Hart, Anton H. (1987). True and false self in the development of the psychotherapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(4), 683-692.

- Ellis, Michael V., Krenzel, Maxine, & Beck, Michael. (2002). Testing self-focused attention theory in clinical supervision: Effects of supervisee anxiety and performance. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 101-116.
- Erickson, Thane M., & Pincus, Aaron L. (2005). Using Structural Analysis of Social Behavior (SASB) Measures of Self- and Social Perception to Give Interpersonal Meaning to Symptoms: Anxiety as an Exemplar. *Assessment*, 12(3), 243-254.
- Eriksen, Karen P., & McAuliffe, Garrett J. (2003). A Measure of Counselor Competency. *Counselor Education and Supervision*, 43(2), 120-133.
- Eriksen, Karen P., & McAuliffe, Garrett J. (2006). Constructive Development and Counselor Competence. *Counselor Education & Supervision*, 45(3), 180-192.
- Fang, Farrah, Kemp, Janet, Jawandha, Arshdeep, Juros, Jakub, Long, Laura, Nanayakkara, Sonali, O, O, O, Anzia, Joan. (2007). Encountering patient suicide: A resident's experience. *Academic Psychiatry*, 31(5), 340-344.
- Farber, Barry A., & Heifetz, Louis J. (1981). The satisfactions and stresses of psychotherapeutic work: A factor analytic study. *Professional Psychology*, 12(5), 621-630.
- Farber, Barry A., & Heifetz, Louis J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology*, 13(2), 293-301.
- Farber, Barry A., Manevich, Inessa, Metzger, Jesse, & Saypol, Erica. (2005). Choosing Psychotherapy as a Career: Why Did We Cross That Road? *Journal of Clinical Psychology*, 61(8), 1009-1031.
- Farberow, Norman L. (2005). The Mental Health Professional As Suicide Survivor. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 2(1), 13-20.
- Feigelman, William, Jordan, John, & Gorman, Bernard. (2008). How They Died, Time Since Loss, and Bereavement Outcomes. *OMEGA--Journal of Death and Dying*, 58(4), 251-273.
- Feldman, Donna. (1987). A social work student's reaction to client suicide. *Social Casework*, 68(3), 184-187.
- Finell, Janet S. (1985). Narcissistic problems in analysts. *The International Journal of Psychoanalysis*, 66(4), 433-445.
- Fisher, Prudence. (2000). *Bereavement in the families of adolescent suicide victims : three years post death of the adolescents*. (Ph.D. Doctoral dissertation), Columbia University, New York, NY.
- Fonagy, Peter, Gergely, György, Jurist, Elliot L., & Target, Mary. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Other Press.
- Fonagy, Peter, & Target, Mary. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9(4), 679-700.

- Fong, Margaret L., Borders, L. Dianne, Ethington, Corrina A., & Pitts, James H. (1997). Becoming a counselor: A longitudinal study of student cognitive development. *Counselor Education and Supervision, 37*(2), 100-114.
- Foster, Victoria A., & McAdams, Charles R., III. (1999). The impact of client suicide in counselor training: Implications for counselor education and supervision. *Counselor Education and Supervision, 39*(1), 22-33.
- Fox, Raymond, & Cooper, Marlene. (1998). The Effects of Suicide on the Private Practitioner: A Professional and Personal Perspective. *Clinical Social Work Journal, 26*(2), 143-157.
- Freud, Sigmund. (1915). Deuil et mélancolie (J. Laplanche & J.-B. Pontalis, Trans.) *Métopsychoanalyse* (pp. 145-171). Paris: Gallimard, 1968.
- Friedman, Diane, & Kaslow, Nadine J. (1986). The development of professional identity in psychotherapists: Six stages in the supervision process. *Clinical Supervisor. Special Issue: Supervision and training: Models, dilemmas, and challenges, 4*(1-2), 29-49.
- Gabbard, Glen O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *The International Journal of Psychoanalysis, 84*(2), 249-261.
- Gabbard, Glen O., & Lester, Eva P. (1995). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. New York, NY, US: Basic Books.
- Garrosa, Eva, Moreno-Jimenez, Bernardo, Liang, Youxin, & Gonzalez, Jose Luis. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies, 45*(3), 418-427.
- Gaston, Louise, & Marmar, Charles R. (1994). The California Psychotherapy Alliance Scales. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Gelso, Charles J., & Hayes, Jeffrey A. (2007). *Countertransference and the therapist's inner experience: Perils and possibilities*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Gill, Susan. (1999). Narcissistic vulnerability in psychoanalytic psychotherapy supervisees: Ego ideals, self-exposure and narcissistic character defenses. *International Forum of Psychoanalysis, 8*(3-4), 227-233.
- Gill, Susan. (2001). Narcissistic vulnerability in supervisees: Ego ideals, self-exposure, and narcissistic character defenses. In S. Gill (Ed.), *The supervisory alliance: Facilitating the psychotherapist's learning experience* (pp. 19-34). Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Gillmer, Bruce, & Marckus, Remy. (2003). Personal professional development in clinical psychology training: surveying reflective practice. *Clinical Psychology. Special issue: Reflective practice, 27*, 20-23.
- Gitlin, Michael J. (1999). A psychiatrist's reaction to a patient's suicide. *American Journal of Psychiatry, 156*(10), 1630-1634.

- Gitlin, Michael J. (2007). Aftermath of a tragedy: Reaction of psychiatrists to patient suicides. *Psychiatric Annals*, 37(10), 684-687.
- Glickauf-Hughes, Cheryl. (1994). Characterological resistances in psychotherapy supervision. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 58-66.
- Glickauf-Hughes, Cheryl, & Mehlman, Elizabeth. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(2), 213-221.
- Goldstein, Leonard S., & Buongiorno, Paul A. (1984). Psychotherapists as suicide survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 38(3), 392-398.
- Goodman, Jay Henry. (1995). *How therapists cope with client suicidal behavior*. (Ph.D. Dissertation), University of Missouri, Columbia.
- Goodyear, Rodney K., Wertheimer, Amy, Cypers, Scott, & Rosemond, Michelle. (2003). Refining the Map of the Counselor Development Journey: Response to Rønnestad and Skovholt. *Journal of Career Development*, 30(1), 73-80.
- Gorkin, Michael. (1985). On the suicide of one's patient. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 49(1), 1-9.
- Grad, Onja T. (1996). Suicide: How to Survive as a Survivor? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 17(3), 136-142.
- Grad, Onja T. (2012, December). *Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient*. Guide. Retrieved from IASP website: <http://www.iasp.info/index.php>, [http://www.iasp.info/pdf/postvention/guidelines to assist clinical staff after suicide patient grad.pdf](http://www.iasp.info/pdf/postvention/guidelines%20to%20assist%20clinical%20staff%20after%20suicide%20patient%20grad.pdf).
- Grad, Onja T., & Michel, Konrad. (2005). Therapists as Client Suicide Survivors. *Women & Therapy*, 28(1), 71-81.
- Grad, Onja T., & Zavasnik, Anka. (1996). Similarities and differences in the process of bereavement after suicide and after traffic fatalities in Slovenia. *Omega: Journal of Death and Dying*, 33(3), 243-251.
- Grad, Onja T., Zavasnik, Anka, & Groleger, Urban. (1997). Suicide of a patient: Gender differences in bereavement reactions of therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 379-386.
- Granberg, Åke, & Armelius, Kerstin. (2003). Change of self-image in patients with neurotic, borderline and psychotic disturbances. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10(4), 228-237. doi: 10.1002/cpp.371
- Grosch, William N., & Olsen, David C. (1994). *When helping starts to hurt: A new look at burnout among psychotherapists*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Guy, James D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. Oxford, England: John Wiley & Sons.

- Guy, James D., Poelstra, Paul L., & Stark, Miriam J. (1989). Personal distress and therapeutic effectiveness: National survey of psychologists practicing psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 48-50.
- Guy, James D., Stark, Miriam J., & Poelstra, Paul L. (1988). Personal therapy for psychotherapists before and after entering professional practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(4), 474-476.
- Hall, Barry L., & Epp, Hedio L. (2001). Can professionals and nonprofessionals work together following a suicide? *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(2), 74-78.
- Hamaoka, Derrick A., Fullerton, Carol S., Benedek, David M., Gifford, Robert, Nam, Theodore, & Ursano, Robert J. (2007). Medical students' responses to an inpatient suicide: Opportunities for education and support. *Academic Psychiatry*, 31(5), 350-353.
- Hamel-Bissell, Brenda Pauline. (1981). *The experience of the nurse therapist working with suicidal cases: a developmental study*. (Educational Dissertation), Boston University School of Education.
- Hamel-Bissell, Brenda Pauline. (1985). Suicidal casework: Assessing nurses' reactions. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 23(10), 20-23.
- Hammond, Linda K. (1991). Attitudes of selected health professionals toward suicide: Relations to specialty, professional experience, and personal history. *Dissertation Abstracts International*, 52(3-B).
- Hanus, M. (2003). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris: Éditions Maloine.
- Harder, Susanne. (2006). Self-Image and Outcome in First-Episode Psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(5), 285-296. doi: 10.1002/cpp.498
- Hardy, Anton G. (1979). Rescue vs. contract in defining therapist growth. *Psychoanalytic Review*, 66(1), 69-78.
- Harris, Alex H. S. (2001). Incidence of critical events in professional practice: A statewide survey of psychotherapy providers. *Psychological Reports*, 88(2), 387-397.
- Harrison, Richard Lawrence. (2007). *Preventing vicarious traumatization of mental health therapists: identifying protective practices*. (Ph.D. Dissertation), University of British Columbia, Vancouver, B.C.
- Hellman, Irving D., Morrison, Thomas L., & Abramowitz, Stephen I. (1986). The stresses of psychotherapeutic work: A replication and extension. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 197-205.
- Hellman, Irving D., Morrison, Thomas L., & Abramowitz, Stephen I. (1987a). Therapist experience and the stresses of psychotherapeutic work. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 24(2), 171-177.

- Hellman, Irving D., Morrison, Thomas L., & Abramowitz, Stephen I. (1987b). Therapist Flexibility/Rigidity and Work Stress. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18(1), 21-27.
- Hendin, Herbert, Haas, Ann Pollinger, Maltzberger, John T., Koestner, Bethany, & Szanto, Katalin. (2006). Problems in Psychotherapy With Suicidal Patients. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 67-72.
- Hendin, Herbert, Haas, Ann Pollinger, Maltzberger, John T., Szanto, Katalin, & Rabinowicz, Heather. (2004). Factors contributing to therapists' distress after the suicide of a patient. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1442-1446.
- Hendin, Herbert, Lipschitz, Alan, Maltzberger, John T., Haas, Ann Pollinger, & Wynecoop, Shelly. (2000). Therapists' reactions to patients' suicides. *American Journal of Psychiatry*, 157(12), 2022-2027.
- Henry, Melissa. (2006). *L'impact du décès par suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale*. (Ph.D. Dissertation), UQAM, Montréal, Canada.
- Henry, Melissa, Séguin, Monique, & Drouin, Marc-Simon. (2003). L'impact du décès par suicide d'un patient chez les professionnels en santé mentale. *Revue Québécoise de Psychologie*, 24(1), 227-242.
- Henry, Melissa, Séguin, Monique, & Drouin, Marc-Simon. (2004). Les réactions des professionnels en santé mentale au décès par suicide d'un patient. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 241-257.
- Henry, Melissa, Séguin, Monique, & Drouin, Marc-Simon. (2008). L'impact du suicide d'un patient chez des professionnels en santé mentale: Différences entre les femmes et les hommes. *Frontières*, 21(1), 53-63.
- Holland, John L. (1997). *Making vocational choices: A theory of vocational personalities and work environments* (3rd ed.). Odessa, FL, US: Psychological Assessment Resources.
- Holmes, Carol A. (1991). The wounded healer. *Society for Psychoanalytic Psychotherapy Bulletin*, 6(4), 33-36.
- Holmqvist, Rolf, & Armelius, Kerstin. (2000). Countertransference feelings and the psychiatric staff's self-image. *Journal of Clinical Psychology*, 56(4), 475-490.
- Holmqvist, Rolf, & Jeanneau, Madeleine. (2006). Burnout and psychiatric staffs feelings towards patients. *Psychiatry Research*, 145(2-3), 207-213.
- Honos-Webb, Lara, & Stiles, William B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35(1), 23-33.
- Horn, Patrick Jude. (1994). Therapists' psychological adaptation to client suicide. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(1), 190-195.
- Horn, Patrick Jude. (1995). *Therapists' psychological adaptation to client suicidal behavior*. (Ph.D. Dissertation), Loyola University Chicago, Chicago, IL.

- Horowitz, Mardi J. (1985). News of risk as a potential stressor. *Journal of the American Medical Association*, 253(13), 1929-1929.
- Horowitz, Mardi J. (2001). *Stress Response Syndromes* (4th ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, Mardi J., & et al. (1984). Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(7), 383-392.
- Horowitz, Mardi J., Wilner, Nancy, & Alvarez, William. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209-218.
- Horvath, Adam O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 259-286). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Horvath, Adam O., & Greenberg, Leslie S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- Howard, Elizabeth Lynne. (2000). *Incidence and impact of client suicide on health service providers in psychology*. (Ph.D. Dissertation), University of Tennessee, Knoxville.
- Ilfeld, Frederic W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports*, 39(3, Pt 2), 1215-1228.
- Iran-Nejad, Asghar. (2000). Knowledge, self-regulation, and the brain-mind cycle of reflection. *Journal of Mind and Behavior*, 21(1-2), 67-88.
- Jackson, Jonathan M., & Stricker, George. (1989). Supervision and the problem of grandiosity in novice therapists. *Psychotherapy Patient*, 5(3-4), 113-124.
- Jacobs, Selby, Mazure, Carolyn, & Prigerson, Holly G. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies*, 24(3), 185-199.
- Jacobson, Jodi M., Ting, Laura, Sanders, Sara, & Harrington, Donna. (2004). Prevalence of and Reactions to Fatal and Nonfatal Client Suicidal Behavior: A National Study of Mental Health Social Workers. *Omega: Journal of Death and Dying*, 49(3), 237-248.
- Jaenicke, Chris. (2008). *The risk of relatedness: Intersubjectivity theory in clinical practice*. Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- James, Donna Marie. (2004). *Relationship stories of psychodynamic therapists whose patients commit suicide*. (Ph.D.), Fielding Graduate Institute.
- James, Donna Marie. (2005a). Surpassing the Quota: Multiple Suicides in a Psychotherapy Practice. *Women & Therapy*, 28(1), 9-24.
- James, Donna Marie. (2005b). Surpassing the Quota: Multiple Suicides in a Psychotherapy Practice. In K. M. Weiner (Ed.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. (pp. 9-24). New York, NY, US: Haworth Press, Inc.

- Janoff-Bulman, Ronnie. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York, NY, US: Free Press.
- Jeanneau, M., & Armelius, K. (2000). Self-image and burnout in psychiatric staff. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 399-406.
- Jennings, Len, Goh, Michael, Skovholt, Thomas M., Hanson, Matthew, & Banerjee-Stevens, Devjani. (2003). Multiple Factors in the Development of the Expert Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 59-72.
- Jennings, Len, Hanson, Matthew, Skovholt, Thomas M., & Grier, Tabitha. (2005). Searching for Mastery. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 19-31.
- Jennings, Len, & Skovholt, Thomas M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46(1), 3-11.
- Jennings, Len, Sovereign, Ashley, Botorff, Nancy, Mussell, Melissa Pederson, & Vye, Christopher. (2005). Nine Ethical Values of Master Therapists. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 32-47.
- Joseph, Stephen. (2003). Person-centred approach to understanding post-traumatic stress. *Person-Centred Practice*, 11, 70-75.
- Joseph, Stephen. (2004). Client-centred therapy, post-traumatic stress, and Post-traumatic growth: Theoretical perspectives and practical implications. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 101-120.
- Joseph, Stephen. (2005). Understanding post-traumatic stress from the person-centred perspective. In S. Joseph & R. Worsley (Eds.), *Person-centred psychopathology: A positive psychology of mental health* (pp. 190-201). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.
- Joseph, Stephen, & Linley, P. Alex. (2005). Positive Adjustment to Threatening Events: An Organismic Valuing Theory of Growth Through Adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280.
- Joseph, Stephen, & Linley, P. Alex. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 1041-1053.
- Kapoor, Anopama. (2008). Client suicide and its effect on the therapist. In S. Palmer (Ed.), *Suicide: Strategies and interventions for reduction and prevention* (pp. 124-136). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Kassam-Adams, Nancy. (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 37-48). Baltimore, MD, US: The Sidran Press.
- Kaufmann Didisheim, N., Camus, D., Gulfi, A., & Castelli Dransart, D.A. (2007). Suicide d'un patient et réactions des professionnels. *Revue Médicale Suisse*, 125.

- Kinnetz, Peggy L. (1988). Saving Myself Versus Serving Clients. *Journal of Counseling & Development*, 67(2), 87.
- Kinsler, Philip J. (1995). A story for Marcie. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 8(2), 100-103.
- Kirchberg, Thomas M., & Neimeyer, Robert A. (1991). Reactions of beginning counselors to situations involving death and dying. *Death Studies*, 15(6), 603-610.
- Kleespies, Phillip M. (1993). The stress of patient suicidal behavior: Implications for interns and training programs in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(4), 477-482.
- Kleespies, Phillip M., Penk, Walter E., & Forsyth, John P. (1993). The stress of patient suicidal behavior during clinical training: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(3), 293-303.
- Kleespies, Phillip M., & Ponce, Allison N. (2009). The stress and emotional impact of clinical work with the patient at risk. In P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization* (pp. 431-448). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Kleespies, Phillip M., Smith, Marcia R., & Becker, Bonnie R. (1990). Psychology interns as patient suicide survivors: Incidence, impact, and recovery. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(4), 257-263.
- Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. *The International Journal of Psychoanalysis*, 21, 125-153.
- Knight, Eve. (2004, February). *Assessing Reflectiveness: Reflecting on the Issues*. Paper presented at the 2004 Annual LTSN psychology conference: Group of Trainers in Clinical Psychology, Brighton, UK.
- Knox, Sarah, Burkard, Alan W., Jackson, Julie A., Schaack, April M., & Hess, Shirley A. (2006). Therapists-in-training who experience a client suicide: Implications for supervision. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(5), 547-557.
- Kohut, Heinz. (1968). The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 23, 86-113.
- Kohut, Heinz. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press.
- Kolodny, Susan, Binder, Renee L., Bronstein, Abbot A., & Friend, Robert L. (1979). The working through of patients' suicides by four therapists. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 9(1), 33-46.
- Korotkov, Dave. (2008). Does personality moderate the relationship between stress and health behavior? Expanding the nomological network of the five-factor model. *Journal of Research in Personality*, 42(6), 1418-1426.

- Kottler, Jeffrey A. (2002). *Counselors finding their way*. Alexandria, VA, US: American Counseling Association.
- Kottler, Jeffrey A. (2012). *The therapist's workbook: Self-assessment, self-care, and self-improvement exercises for mental health professionals* (2nd ed.). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Kottler, Jeffrey A., & Blau, Diane S. (1989). *The imperfect therapist: Learning from failure in therapeutic practice*. San Francisco, CA, US: Jossey Bass.
- Kottler, Jeffrey A., & Carlson, Jon. (2005). *The Client Who Changed Me: Stories of Therapist Personal Transformation*. New York: Brunner/Routledge.
- Kottler, Jeffrey A., & Carlson, Jon (Eds.). (2003a). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*. New York, NY, US: Brunner Routledge.
- Kottler, Jeffrey A., & Carlson, Jon (Eds.). (2003b). *The mummy at the dining room table: Eminent therapists reveal their most unusual cases and what they teach us about human behavior*. San Francisco, CA, US: Jossey Bass.
- Kovess, V. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski* (Vol. 1 & 2). Unité de recherche psychosociale, Verdun: Centre Hospitalier Douglas.
- Kübler-Ross, Elisabeth. (1970). *On death and dying*. New York, NY, US: Collier Books/Macmillan Publishing Co.
- Laine, Aira. (2007). On the edge: The psychoanalyst's transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 88(5), 1171-1183.
- Lambie, Glenn W. (2007). The Contribution of Ego Development Level to Burnout in School Counselors: Implications for Professional School Counseling. *Journal of Counseling & Development*, 85(1), 82-88.
- Lamboy, Brigitte, Blanchet, Alain, & Lecomte, Conrad. (2004). L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 54(3), 189-205.
- Lapp, Glenn E. (1986). *Therapists' response to client suicide*. (Ph.D. Dissertation), California School of Professional Psychology, Berkeley/Alameda.
- Lecomte, Conrad, Savard, Réginald, Drouin, Marc-Simon, & Guillon, Vincent. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecours, Serge, Bouchard, Marc-André, & Normandin, Lina. (1995). Countertransference as the therapist's mental activity: Experience and gender differences among psychoanalytically oriented psychologists. *Psychoanalytic Psychology*, 12(2), 259-279.
- Lester, Eva P. (1993). Boundaries and gender: Their interplay in the analytic situation. *Psychoanalytic Inquiry*, 13, 153-172.

- Linley, P. Alex, & Joseph, Stephen. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(3), 385-403.
- Litman, Robert E. (1965). When patients commit suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 19(4), 570-576.
- Little, J. D. (1992). Staff response to inpatient and outpatient suicide: What happened and what do we do? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(2), 162-167.
- Luchner, Andrew F., Mirsalimi, Hamid, Moser, Casey J., & Jones, Rebecca A. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy: Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 1-14.
- Machado, Paulo P. P., Beutler, Larry E., & Greenberg, Leslie S. (1999). Emotion recognition in psychotherapy: Impact of therapist level of experience and emotional awareness. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 39-57.
- Maciejewski, Paul K., Zhang, Baohui, Block, Susan D., & Prigerson, Holly G. (2007). An empirical examination of the stage theory of grief. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 297(7), 716-723.
- Macran, Susan, Stiles, William B., & Smith, Jonathan A. (1999). How does personal therapy affect therapists' practice? *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 419-431.
- Mahoney, Michael J. (1997). Psychotherapists' personal problems and self-care patterns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(1), 14-16.
- Maltsberger, John T. (1992). The implications of patient suicide for the surviving psychotherapist. In D. Jacobs (Ed.), *Suicide and clinical practice. Clinical practice, No. 21*. (pp. 169-182). Washington, DC, US: American Psychiatric Association.
- Martin, T., & Doka, K.J. (2000). *Men Don't Cry, Women Do : Transcending Gender Stereotypes of Grief*. Philadelphia: Taylor & Francis.
- Masterson, J. (1981). *The narcissistic and borderline disorders: an integrated developmental approach*. New York: Brunner/Mazel.
- McAdams, Charles R., III, & Foster, Victoria A. (2000). Client suicide: Its frequency and impact on counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22(2), 107-121.
- McAuliffe, Garrett J. (2006). The Evolution of Professional Competence *Handbook of adult development and learning*. (pp. 476-496): New York, NY, US: Oxford University Press.
- McAuliffe, Garrett J., & Lovell, Christopher. (2006). The Influence of Counselor Epistemology on the Helping Interview: A Qualitative Study. *Journal of Counseling & Development*, 84(3), 308-317.
- McCann, I. Lisa, & Pearlman, Laurie Anne. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel.

- McCann, I. Lisa, & Pearlman, Laurie Anne. (1990b). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3(1), 131-149.
- McCann, I. Lisa, Sakheim, David K., & Abrahamson, Daniel J. (1988). Trauma and Victimization: A Model of Psychological Adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531-594.
- Medeiros, Mary E., & Prochaska, James O. (1988). Coping strategies that psychotherapists use in working with stressful clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(1), 112-114.
- Menninger, W. Walter. (1991). Patient suicide and its impact on the psychotherapist. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(2), 216-227.
- Meyers, Tracy Woodard, & Cornille, Thomas A. (2002). The trauma of working with traumatized children. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (pp. 39-55). New York, NY, US: Brunner-Routledge.
- Mikolajczak, Moïra, Menil, Clémentine, & Luminet, Olivier. (2007). Explaining the protective effect of trait emotional intelligence regarding occupational stress: Exploration of emotional labour processes. *Journal of Research in Personality*, 41(5), 1107-1117.
- Miller, Alice. (1983). *Le drame de l'enfant doué. À la recherche du vrai soi*. Paris: PUF.
- Miller, Grant D. (2000). Implications of the wounded-healer paradigm for the use of self in therapy. In M. Baldwin (Ed.), *The use of self in therapy* (2nd ed., pp. 243-261). Binghamton, NY, US: The Haworth Press.
- Miller, Michael L. (2008a). The emotionally engaged analyst I: Theories of affect and their influence on therapeutic action. *Psychoanalytic Psychology*, 25(1), 3-25.
- Miller, Michael L. (2008b). The emotionally engaged analyst II: How emotions impact analytic process as illuminated by dynamic systems theory. *Psychoanalytic Psychology*, 25(2), 257-279.
- Misch, Donald A. (2003). When a psychiatry resident's patient commits suicide: Transference trials and tribulations. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 31(3), 459-475.
- Mitchell, Ann M., Kim, Yookyung, Prigerson, Holly G., & Mortimer-Stephens, MaryKay. (2004). Complicated Grief in Survivors of Suicide. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 25(1), 12-18.
- Modell, Arnold H. (1975). A narcissistic defence against affects and the illusion of self-sufficiency. *The International Journal of Psychoanalysis*, 56(3), 275-282.
- Mollon, Phil. (1989). Anxiety, supervision and a space for thinking: Some narcissistic perils for clinical psychologists in learning psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*, 62(2), 113-122.

- Moody, Robin L. (2010). *The Impact of Client Suicide on Mental Health Professionals*. (Ph.D. Dissertation), Walden University.
- Morrisette, Patrick J. (2001). *Self-supervision: A primer for counselors and helping professionals*. New York, NY, US: Brunner Routledge.
- Motto, Jerome A. (1979). The impact of patient suicide on the therapist's feelings. *Weekly Psychiatry Update Series*, 21, 2-7.
- Munson, Joseph Simon. (2009). *Impact of client suicide on practitioner posttraumatic growth*. (Ph.D. Dissertation), University of Florida.
- Murphy, William F. (1973). Narcissistic problems in patients and therapists. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 2(1), 113-124.
- Neufeldt, Susan Allstetter. (2007). *Supervision strategies for the first practicum* (3rd ed.). Alexandria, VA, US: American Counseling Association.
- Norcross, John C. (2005). The Psychotherapist's Own Psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60(8), 840-850.
- Norcross, John C., & Farber, Barry A. (2005). Choosing Psychotherapy as a Career: Beyond "I Want to Help People". *Journal of Clinical Psychology*, 61(8), 939-943.
- Norcross, John C., & Guy, James D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York: The Guilford Press.
- Normandin, Lina. (1991). *La réflexivité dans le contre-transfert comme élément constitutif du travail et de l'espace thérapeutiques*. (Ph.D. Dissertation), Université de Montréal, Montréal.
- Normandin, Lina, & Bouchard, Marc-André. (1993). The Effects of Theoretical Orientation and Experience on Rational, Reactive, and Reflective Countertransference. *Psychotherapy Research*, 3(2), 77 - 94.
- O'Connor, Michael F. (2001). On the etiology and effective management of professional distress and impairment among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32(4), 345-350.
- O'Keeffe, Philip. (2010). *Client suicide and clinician identity: an investigation of identity development in clinician survivors of client suicide*. (Ph.D Thesis), University of Ulster, Ireland.
- O'Reilly, R. L., Truant, G. S., & Donaldson, L. (1990). Psychiatrists' experience of suicide in their patients. *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 15(3), 173-176.
- O'Loughlin, Simon. (2003). Attending to the patient within us. *Clinical Psychology. Special issue: Reflective practice*, 27, 24-26.

- Orlinsky, David E., Botermans, Jean François, & Ronnestad, Michael Helge. (2001). Towards an empirically grounded model of psychotherapy training: Four thousand therapists rate influences on their development. *Australian Psychologist*, 36(2), 139 - 148.
- Orlinsky, David E., Norcross, John C., Ronnestad, Michael Helge, & Wiseman, Hadas. (2005). Outcomes and impacts of the psychotherapists' own psychotherapy: a research review. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives* (pp. 214-234). New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, David E., & Ronnestad, Michael Helge. (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Orlinsky, David E., Ronnestad, Michael Helge, & Willutzki, Ulrike. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Orlinsky, David E., Ronnestad, Michael Helge, Willutzki, Ulrike, Wiseman, Hadas, Botermans, Jean François, & and the SPR Collaborative research network. (2005). The prevalence and parameters of personal therapy in Europe and elsewhere. In J. D. Geller, J. C. Norcross & D. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: patient and clinician perspectives* (pp. 177-200). New York: Oxford University Press.
- Paivio, Sandra C., & Greenberg, Leslie S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 419-425. doi: 10.1037/0022-006x.63.3.419
- Paivio, Sandra C., & Nieuwenhuis, James A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133. doi: 10.1023/a:1007891716593
- Parent, Sarah Jane, Drouin, Marc-Simon, & Séguin, Monique. (2006). *Questionnaire sur les réactions personnelles et professionnelles au geste suicidaire d'un patient (QRPPGSP)*. Université du Québec à Montréal, PQ, Canada.
- Parkes, Katharine R. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1277-1292.
- Parkes, Katharine R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75(4), 399-409.
- Parkes, Katharine R. (1994). Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures. *Work & Stress. Special Issue: A healthier work environment*, 8(2), 110-129.

- Payne, Alexandra J., Joseph, Stephen, & Tudway, Jeremy. (2007). Assimilation and accommodation processes following traumatic experiences. *Journal of Loss & Trauma*, 12(1), 73-89.
- Pearlman, Laurie Anne, & Caringi, James. (2009). Living and working self-reflectively to address vicarious trauma. In C. A. Courtois & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide* (pp. 202-224). New York, NY, US: Guilford Press.
- Pearlman, Laurie Anne, & Mac Ian, Paula S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558-565.
- Piaget, Jean. (1970). *Psychologie et épistémologie*. Paris: Gonthiers/Denoël.
- Piaget, Jean. (1972). Intellectual evolution from adolescence to adulthood. *Human Development*, 15(1), 1-12.
- Pieters, Guido, De Gucht, Véronique, Joos, Gustaaf, & De Heyn, Elke. (2003). Frequency and impact of patient suicide on psychiatric trainees. *European Psychiatry*, 18(7), 345-349.
- Pilkinton, Patricia, & Etkin, Mark. (2003). Encountering suicide: The experience of psychiatric residents. *Academic Psychiatry*, 27(2), 93-99.
- Pollock, George H. (1961). Mourning and adaptation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42, 341-361.
- Pope, Kenneth S., & Tabachnick, Barbara G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24(2), 142-152.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perrault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec. *Les cahiers de la recherche, 7: Enquête Santé Québec 87*, Gouvernement du Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Pridmore, Saxby, Ahmadi, Jamshid, & Evenhuis, Michael. (2006). Suicide for scrutinizers. *Australasian Psychiatry*, 14(4), 359-364.
- Prigerson, Holly G., & Jacobs, Selby C. (2001). Traumatic grief as a distinct disorder: A rationale, consensus criteria, and a preliminary empirical test. In M. S. Stroebe, R. O. Hansson, W. Stroebe & H. Schut (Eds.), *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 613-645). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Prigerson, Holly G., & Maciejewski, Paul K. (2008). Grief and acceptance as opposite sides of the same coin: Setting a research agenda to study peaceful acceptance of loss. *British Journal of Psychiatry*, 193(6), 435-437.

- Prigerson, Holly G., Shear, M. Katherine, Frank, Ellen, & Beery, Laurel C. (1997). Traumatic grief: A case of loss-induced trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 154(7), 1003-1009.
- Prigerson, Holly G., Shear, M. Katherine, Jacobs, S. C., Reynolds, C. F., III, Maciejewski, P. K., Davidson, J. R. T., 0, 0, 0, Zisook, S. (1999). Consensus criteria for traumatic grief: A preliminary empirical test. *British Journal of Psychiatry*, 174, 67-73.
- Rando, T.A. (1984). *Grief, Dying and Death : Clinical Interventions for Caregivers*. Champaign (IL): Research Pres.
- Reeves, Gloria. (2003). Terminal mental illness: Resident experience of patient suicide. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 31(3), 429-441.
- Resnick, H. L. P. (1969). Psychological resynthesis: A clinical approach to the survivors of a death by suicide. In E. S. Schneidman & M. Ortega (Eds.), *Aspects of depression* (pp. 213-224). Boston: Little, Brown.
- Robins, Lee N., & Regier, Darrel A. (Eds.). (1991). *Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study*. New York: Free Press.
- Rogers, Carl Ransom. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science* (Vol. 3: Formulations of the person and the social context, pp. 184-256). New York, NY, US: McGraw Hill.
- Rogers, Carl Ransom. (1964). Toward a modern approach to values: The valuing process in the mature person. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68(2), 160-167.
- Rønnestad, Michael H., & Skovholt, Thomas M. (2003). The journey of the counselor and therapist: Research findings and perspectives on professional development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5-44.
- Rønnestad, Michael Helge, & Skovholt, Thomas M. (2013). *The developing practitioner: Growth and stagnation of therapists and counselors*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Rossouw, Gabriel Johannes. (2009). *Therapists' experience of working with suicidal clients*. (Ph.D. Thesis), University of Technology, Auckland.
- Rothschild, Babette. (2006). *Help for the helper: The psychophysiology of compassion fatigue and vicarious trauma*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Roy, Charles. (2005). L'isolement chez les "psy". *Bulletin de la Fédération des Psychologues du Québec*, 7(1), 1-2.
http://www.spg.qc.ca/apq/documentsWeb/janv05_ isolement_psy.pdf
- Rubin, Simon Shimshon. (1999). The two-track model of bereavement: overview, retrospect, and prospect. *Death Studies*, 23(8), 681 - 714.

- Rubovits, Judith Sachs. (1993). *Therapists' reactions to client suicide*. (Ph.D. Dissertation), University of Houston.
- Rupert, Patricia A., & Morgan, David J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 544-550.
- Ruskin, R., Sakinofsky, I., Bagby, R. M., Dickens, S., & Sousa, G. (2004). Impact of patient suicide on psychiatrists and psychiatric trainees. *Academic Psychiatry*, 28(2), 104-110.
- Russell, Tom. (2005). Can reflective practice be taught? *Reflective Practice*, 6(2), 199-204.
- Ryan, Anjanette, Safran, Jeremy D., Doran, Jennifer M., & Muran, J. Christopher. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289-297. doi: 10.1080/10503307.2011.650653
- Rycroft, Pam. (2005). Touching the Heart and Soul of Therapy: Surviving Client Suicide. In K. M. Weiner (Ed.), *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. (pp. 83-94). New York, NY, US: Haworth Press.
- Saakvitne, Karen W. (2002). How to avoid the occupational hazards of being a psychotherapist. In L. VandeCreek & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 20, pp. 325-341). Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange, Inc.
- Saakvitne, Karen W., & Pearlman, Laurie Anne. (1996). *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Sabin-Farrell, Rachel, & Turpin, Graham. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23(3), 449-480.
- Sacks, Michael H., Kibel, Howard D., Cohen, Alan M., Keats, Matthew, & et al. (1987). Resident response to patient suicide. *Journal of Psychiatric Education*, 11(4), 217-226.
- Sanders, Catherine M. (1984). Therapists, too, need to grieve. *Death Education. Special Issue: Suicide--practical, developmental, and speculative issues*, 8(Suppl), 27-35.
- Santé Québec. (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987* (Vol. 1 & 2). Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Santé Québec, Bellerose, C., Lavallée, C., Chénard, L., & Levasseur, M., (sous la dir. de). (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Vol. 1 & 2). Montréal: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Publications du Québec.
- Schaefer, Jeanne A., & Moos, Rudolf H. (1998). The context for posttraumatic growth: Life crises, individual and social resources, and coping. In R. G. Tedeschi, C. L. Park & L. G. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis* (pp. 99-125). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Schafer, Roy. (1967). Ideals, the ego ideal, and the ideal self. *Psychological Issues*, 5(2-3), 129-174.
- Schnur, D.B., & Levin, E.H. (1985). The impact of successfully completed suicides on psychiatric residents. *Journal of Psychiatric Education*, 9, 127-136.
- Schön, Donald A. (1983). *The reflective practitioner*. New York: Basic Books.
- Schön, Donald A. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. San Francisco, CA, US: Jossey Bass.
- Schore, Judith R., & Schore, Allan N. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36(1), 9-20.
- Schultz, Doreen. (2005). Suggestions for Supervisors When a Therapist Experiences a Client's Suicide. *Women & Therapy*, 28(1), 59-69.
- Schwartz, Ann C., Kaslow, Nadine J., & McDonald, William M. (2007). Encountering patient suicide: A requirement of the residency program curriculum. *Academic Psychiatry*, 31(5), 338-339.
- Sedgwick, David. (1994). *The wounded healer: Countertransference from a Jungian perspective*. Florence, KY, US: Taylor & Frances/Routledge.
- Severino, Sally K., McNutt, Edith R., & Feder, Samuel L. (1987). Shame and the development of autonomy. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 15(1), 93-106.
- Shakespeare-Finch, Jane, Gow, Kathryn, & Smith, Sandy. (2005). Personality, Coping and Posttraumatic Growth in Emergency Ambulance Personnel. *Traumatology. Special Issue: Posttraumatic growth*, 11(4), 325-334.
- Shear, M. Katherine, Monk, Timothy, Houck, Patricia, Melhem, Nadine, Frank, Ellen, Reynolds, Charles, & Sillowash, Russell. (2007). An attachment-based model of complicated grief including the role of avoidance. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(8), 453-461.
- Silverthorn, Brandon Christopher. (2005). *How client suicide impacts marriage and family therapists: implications for coping and professional training*. (Ph.D. Dissertation), Michigan State University.
- Simpson, Michael A. (1997). Traumatic bereavements and death-related PTSD. In C. R. Figley, B. E. Bride & N. Mazza (Eds.), *Death and trauma: The traumatology of grieving* (pp. 3-16). Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.
- Skovholt, Thomas M. (2005). The Cycle of Caring: A Model of Expertise in the Helping Professions. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 82-93.
- Skovholt, Thomas M., Grier, Tabitha L., & Hanson, Matthew R. (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention strategies for counselor resilience. *Journal of Career Development. Special Issue: Career centers*, 27(3), 167-176.

- Skovholt, Thomas M., & Jennings, Len. (2004). *Master therapist: Exploring expertise in therapy and counseling*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
- Skovholt, Thomas M., & Jennings, Len. (2005). Mastery and Expertise in Counseling. *Journal of Mental Health Counseling*, 27(1), 13-18.
- Skovholt, Thomas M., & McCarthy, Patricia R. (1988). Critical Incidents: Catalysts for Counselor Development. *Journal of Counseling and Development*, 67(2), 69.
- Skovholt, Thomas M., & Ronnestad, Michael Helge. (1992). *The evolving professional self: Stages and themes in therapist and counselor development*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Skovholt, Thomas M., & Ronnestad, Michael Helge. (2003). Struggles of the novice counselor and therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58.
- Skovholt, Thomas M., Ronnestad, Michael Helge, & Jennings, Len. (1997). Searching for Expertise in Counseling, Psychotherapy, and Professional Psychology. *Educational Psychology Review*, 9(4), 361-369.
- Skovholt, Thomas M., & Trotter-Mathison, Michelle. (2011). *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals (2nd ed.)*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Slattery, Jeanne M., & Park, Crystal L. (2007). Developing as a therapist: Stress-related growth through parenting a child in crisis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 554-560.
- Spiegelman, Jason S., & Werth, James L., Jr. (2005). Don't Forget About Me: The Experiences of Therapists-in-Training After a Client Has Attempted or Died by Suicide. *Women & Therapy*, 28(1), 35-57.
- Sprang, Ginny, Clark, James J., & Whitt-Woosley, Adrienne. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss & Trauma*, 12(3), 259-280.
- Stiles, William B., Elliott, Robert, Llewelyn, Susan P., Firth-Cozens, Jenny A., Margison, Frank R., Shapiro, David A., & Hardy, Gillian. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(3), 411-420.
- Stone, Dan. (2008). Wounded Healing: Exploring the Circle of Compassion in The Helping Relationship. *The Humanistic Psychologist*, 36(1), 45 - 51.
- Stratton, Joanna S., Kellaway, Julie A., & Rottini, Allison M. (2007). Retrospectives from three counseling psychology predoctoral interns: How navigating the challenges of graduate school in the face of death and debilitating illness influenced the development of clinical practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(6), 589-595.
- Stroebe, Margaret S., & Schut, Henk. (2005). Complicated grief: a conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52(1), 53-70.

- Sudak, Donna, Roy, Alec, Sudak, Howard, Lipschitz, Alan, Maltzberger, John, & Hendin, Herbert. (2007). Deficiencies in suicide training in primary care specialties: A survey of training directors. *Academic Psychiatry, 31*(5), 345-349.
- Sudak, Howard. (2007). Encountering patient suicide: The role of survivors. *Academic Psychiatry, 31*(5), 333-335.
- Sullivan, Harry Stack. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York, NY, US: W. W. Norton & Co.
- Sussman, Michael B. (2007). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy* (2nd ed.). Lanham, MD, US: Jason Aronson.
- Sussman, Michael B. (Ed.). (1995). *A perilous calling: The hazards of psychotherapy practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Tanney, Bryan. (1995). After a suicide: A helper's handbook. In B. L. Mishara (Ed.), *The impact of suicide* (pp. 100-120). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Tedeschi, Richard G., & Calhoun, Lawrence G. (1995). *Trauma & transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.
- Tedeschi, Richard G., & Calhoun, Lawrence G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-472.
- Tedeschi, Richard G., & Calhoun, Lawrence G. (2004). Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry, 15*(1), 1-18.
- Tedeschi, Richard G., Park, Crystal L., & Calhoun, Lawrence G. (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Thomyangkoon, Prakarn, & Leenaars, Antoon. (2008). Impact of death by suicide of patients on Thai psychiatrists. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(6), 728-740.
- Tichenor, Victoria, & Hill, Clara E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 26*(2), 195-199.
- Tillman, Jane G. (2003). Frontline--The suicide of patients and the quiet voice of the therapist. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry, 31*(3), 425-427.
- Tillman, Jane G. (2006). When a patient commits suicide: An empirical study of psychoanalytic clinicians. *The International Journal of Psychoanalysis, 87*(1), 159-177.
- Ting, Laura, Sanders, Sara, Jacobson, Jodi M., & Power, James R. (2006). Dealing with the Aftermath: A Qualitative Analysis of Mental Health Social Workers' Reactions after a Client Suicide. *Social Work, 51*(4), 329-341.
- Tracey, Terence J., & Kokotovic, Anna M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment, 1*(3), 207-210.

- Tracey, Terence J., & Kokotovic, Anna M. (1989/1991). Inventaire d'alliance de travail - Version abrégée (WAI-S) (A. Bachelor & R. Salamé, Trans.) *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Factor structure of the Working Alliance Inventory, *Psychological Assessment*, 1(3), 207-210.
- Trimble, Louise, Jackson, Kylie, & Harvey, David. (2000). Client suicidal behaviour: Impact, interventions, and implications for psychologists. *Australian Psychologist*, 35(3), 227-232.
- Trudeau, Jean-Bernard, (sous la dir.). (2005, Novembre). Partageons nos compétences: Rapport du comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines. Montréal: Office des Professions du Québec. Available online at <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Rapport-sante/Rapport-Sante-ment.pdf>.
- Turner, Joseph A., Edwards, Lisa M., Eicken, Iverson M., Yokoyama, Kayoko, Castro, Jennifer R., Tran, Amber Ngoc-Thuy, & Haggins, Kristee L. (2005). Intern Self-Care: An Exploratory Study Into Strategy Use and Effectiveness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 674-680.
- Valente, Sharon M. (1994). Psychotherapist reactions to the suicide of a patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(4), 614-621.
- Vazir, Nilofar. (2006). Reflection in action: Constructing narratives of experience. *Reflective Practice*, 7(4), 445-454.
- Vittengl, Jeffrey R., Clark, Lee Anna, & Jarrett, Robin B. (2004). Self-Directed Affiliation and Autonomy Across Acute and Continuation Phase Cognitive Therapy for Recurrent Depression. *Journal of Personality Assessment*. Special Issue: Personality Assessment and Psychotherapy, 83(3), 235-247.
- Volkan, Vamik D. (1981). *Linking objects and linking phenomena: A study of the forms, symptoms, metapsychology, and therapy of complicated mourning*. New York, NY: International UP.
- Volkan, Vamik D. (2004). *Individuals and societies as 'perennial mourners': Their linking objects and public memorials*. Unpublished manuscript.
- Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, Bruce E. (2006). The psychotherapist. In J. C. Norcross, L. E. Beutler & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Weiner, Kayla Miriyam. (2005a). Introduction: The Professional is Personal. *Women & Therapy*, 28(1), 1-7.
- Weiner, Kayla Miriyam (Ed.). (2005b). *Therapeutic and legal issues for therapists who have survived a client suicide: Breaking the silence*. New York, NY, US: Haworth Press.

- Welfare, Laura E., & Borders, L. DiAnne. (2010). Counselor cognitions: General and domain-specific complexity. *Counselor Education and Supervision*, 49(3), 162-178.
- Wells, Mona Linden. (1991). *Psychotherapists' perceptions of client suicide: A phenomenological investigation*. (Ph.D. Dissertation), Oklahoma State University, Stillwater.
- Wert, Laura Egerton. (1988). *The experience of the therapist when a patient commits suicide*. (Ph.D. Dissertation), University of Tennessee.
- Wheeler, Sue. (2002). Nature or nurture: Are therapists born or trained? *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 8(4), 427-441.
- Widows, Michelle R., Jacobsen, Paul B., Booth-Jones, Margaret, & Fields, Karen K. (2005). Predictors of Posttraumatic Growth Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Health Psychology*, 24(3), 266-273.
- Williams, Elizabeth Nutt. (2008). A psychotherapy researcher's perspective on therapist self-awareness and self-focused attention after a decade of research. *Psychotherapy Research*, 18(2), 139 - 146.
- Wittenberg, Kevin J., & Norcross, John C. (2001). Practitioner perfectionism: Relationship to ambiguity tolerance and work satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1543-1550.
- Worden, J. William. (1991). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (2nd ed.). London, UK: Routledge.
- Worden, J. William. (2009). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner* (4th ed.). New York, NY, US: Springer Publishing Co.
- Wosket, Val. (1999). *The therapeutic use of self: Counselling practice, research and supervision*. Florence, KY, US: Taylor & Francis/Routledge.
- Yousaf, Farida, Hawthorne, Malcolm, & Sedgwick, Philip. (2002). Impact of patient suicide on psychiatric trainees. *Psychiatric Bulletin*, 26(2), 53-55.
- Zilberg, Nathan J., Weiss, Daniel S., & Horowitz, Mardi J. (1982). Impact of Event Scale: A cross-validation study and some empirical evidence supporting a conceptual model of stress response syndromes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(3), 407-414.
- Zlotnick, Caron, Johnson, Jennifer, Kohn, Robert, Vicente, Benjamin, Rioseco, Pedro, & Saldivia, Sandra. (2008). Childhood trauma, trauma in adulthood, and psychiatric diagnoses: results from a community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2), 163-169.